

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

ÉTUDE CRITIQUE DE L'OPÉRATION DE SEBESTYEN

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 6 NOVEMBRE 1953

PAR

LUDOVIC BARDON

né le 24 mai 1924

ancien externe en premier des Hôpitaux de Montpellier
interne des Sanatoria de l'Hérault
diplômé d'Etudes spéciales de Pneumo-Phthisiologie

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. VIDAL, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MOURGUE-MOLINES, prof.		
		JANBON, professeur.		
		BALMÈS, prof. agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1953



ÉTUDE CRITIQUE
DE L'OPÉRATION DE SEBESTYEN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

ÉTUDE CRITIQUE

DE

L'OPÉRATION DE SEBESTYEN

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 6 NOVEMBRE 1953

PAR

LUDOVIC BARDON

né le 24 mai 1924

ancien externe en premier des Hôpitaux de Montpellier
interne des Sanatoria de l'Hérault
diplômé d'Etudes spéciales de Pneumo-Phthisiologie

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{ MM. VIDAL, professeur, *Président*.
MOURGUE-MOLINES, prof.
JANBON, professeur.
BALMÈS, prof. agrégé. }

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraires

MM. GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE, L. RIMBAUD, BOUDET, EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT.

Professeurs

Chaires :

Anatomie.....
Histologie.....
Physiologie.....
Physiologie appliquée.....
Chimie biologique médicale et toxicologie.....
Physique médicale.....
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....
Microbiologie.....
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Hygiène.....
Médecine légale et médecine sociale.....
Technique opératoire et chirurgie expérimentale.....
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales.....
Pathologie et clinique propédeutique médicales.....
Clinique médicale.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique obstétricale.....
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1^{er} âge.....
Clinique de dermato-syphiligraphie.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique urologique.....
Clinique gynécologique.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.....
Clinique de la tuberculose.....
Electro-radiologie.....

Professorat à titre personnel :

Histologie.....

Charges de cours :

Pathologie médicale.....
Chimie et physico-chimie biologiques.....
Hématologie médicale et anatomie pathologique.....

Charges de cours à titre permanent :

Obstétrique.....

MM. LAUX.
TURCHINI, *assesseur*.
HÉDON.
LOUBATIÈRES.
CRISTOL.
PECH.
BAUMEL.
CARRÈRE.
HARANT.
PAGÈS.
JANBON.
BERT.
CARRIEU.
FOURCADE.
LAPEYRIE.
MOURGUE-MOLINES.
PUECH.
GIRAUD, *doyen*.
BOULET.
LAPEYRE.
AIMES.
CADERAS DE KERLEAC.
LAFON.
CHAPTAL.
P. RIMBAUD.
ÉTIENNE.
TRUC.
ROUX.
DEJEAN.
TERRACOL.
VIDAL.
LAMARQUE.

GRANEL.

BOUCOMONT.
BÉNÉZÉCH.
CAZAL.

COLL DE CARRERA, *agrégé libre*.

Maitres de conférences agrégés et agrégés en exercice

MM.	MM.
Anatomie..... GUERRIER, <i>m. de c. agr.</i>	Chirurgie..... JOYEUX.
Microbiologie..... RENOUX, <i>m. de c. agr.</i>	—..... NÈGRE.
Pathol. expérim..... PASSOUANT, <i>m. de c. agr.</i>	—..... ROMIEU.
Médecine..... SERRE.	Electro-radiologie..... BÉTOULIÈRES.
—..... BALMÈS.	Neuro-chirurgie..... GROS.
—..... BERTRAND.	Obstétrique..... DURAND.
—..... LATOUR.	Ophtalmologie..... VIALLEFONT.
—..... N...	Odonto-stomat..... N..

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier nos Maîtres des hôpitaux pour leur enseignement et leur exemple.

Nous tenons tout spécialement à témoigner notre respectueuse reconnaissance à notre maître le Professeur VIDAL, dont nous avons eu l'honneur d'être successivement l'externe puis l'interne.

C'est à lui que nous devons notre orientation et notre formation de phtisiologue.

Il a bien voulu nous confier ce travail et présider notre thèse.

Nous l'en remercions vivement, ainsi que notre maître le Professeur MOURGUE-MOLINES, auprès de qui pendant quatre ans nous avons beaucoup appris, tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

Il a été pour nous le meilleur des guides, en nous prodiguant de très précieux conseils dans la rédaction de cette étude.

Je dédie ce travail à ma femme, à mes fils, à ma mère et à mon père, qui m'a précédé dans la carrière médicale et qui a tenu à ce que je bénéficie, comme lui, des enseignements de l'Ecole montpelliéraine.

Je le dédie enfin à la mémoire de mon ami, le Lieutenant Jean GUIBAL, mort au Champ d'Honneur.

INTRODUCTION

En 1933, Jules SEBESTYEN, phthisiologue hongrois, décrivait dans la *Revue de la Tuberculose*, sous le titre : « L'apicolyse extra-pleurale au service du traitement par pneumothorax artificiel », une intervention chirurgicale ayant pour but de compléter les pneumothorax intra-pleuraux inefficaces avec symphyse apicale.

Cette intervention, qui depuis lors est connue sous le nom d'opération de Sebestyen, fut entrevue, sinon réalisée, par TUFFIER, qui écrit en 1910 dans un article sur le : « Décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire » :

« Le pneumothorax intra-pleural n'est pas toujours possible et le pneumothorax extra-pleural devient son complément pour les régions qu'il n'a pu atteindre ; la pneumolyse extra-pleurale est certainement égale alors, comme efficacité, et bien supérieure, comme simplicité, à la pneumolyse intra-pleurale. »

Cette méthode fut ensuite utilisée et défendue par Garcia y BENGOCHEA, Olivier MONOD, RAZEMOND, LÉON KINDBERG, JULIEN et CURTILLET; puis RIESSER y consacre sa thèse en 1942 (il étudie dans ce travail 24 interventions) ; c'est jusqu'alors la statistique la plus importante ; HOUNEAU enfin y consacre la sienne en 1946, sous la direction d'Olivier MONOD, mais son travail ne porte que sur 3 observations.

Bien que Pierre BOURGEOIS et surtout SIFFLET aient publié, en 1950, des travaux qui soient assez favorables au pneumothorax mixte selon la technique de SEBESTYEN, cette intervention est actuellement peu prise de la plupart des chirurgiens thoraciques.

MAGNIEN et DREYFUS - LE FOYER, en particulier, lui ont fait une très mauvaise réputation ; après de sévères critiques, ils l'ont tout simplement rayée de leur arsenal thérapeutique.

Cette attitude, qui est également celle de nombreux phtisiologues, nous paraît injustifiée.

L'opération de Sebestyen revêt au contraire, à nos yeux, un très gros intérêt ; c'est pourquoi, après de nombreux auteurs qui se sont intéressés à cette question, nous avons pensé qu'il pourrait être utile d'y consacrer ce travail.

Nous indiquons quelles sont, à notre avis, les principales indications et la méthode.

Après avoir présenté nos observations, nous essayons ensuite de préciser la technique chirurgicale, les soins post-opératoires, puis d'exposer les principales complications et la façon de les prévenir ou de les traiter.

Notre dernier chapitre enfin est consacré à l'exposé synthétique de l'ensemble de nos résultats ; ce qui nous permet alors de discuter la méthode et d'essayer d'intégrer l'opération de Sebestyen dans le cadre des problèmes chirurgicaux que pose tout pneumothorax inefficace, incomplet et incomplétable par l'opération de Jacoboeus.

CHAPITRE PREMIER

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Ce travail s'appuie sur les 62 interventions effectuées par notre maître, le professeur MOURGUE-MOLINES, entre 1942 et 1953. Nous n'avons pu réunir que 55 dossiers complets (7 observations ayant été égarées).

Sur ces 55 dossiers, 4 concernent des pneumothorax mixtes exo-endo-pleuraux, pour lesquels l'indication de pneumothorax extra-pleural avait été posée ; ces 4 malades étaient porteurs de pneumothorax intra-pleuraux contro-électifs abandonnés depuis plusieurs mois ; mais au cours de l'intervention la poche intra-pleurale de base s'est révélée partiellement libre et des brèches accidentelles de la plèvre pariétale ont conduit à faire communiquer largement les poches extra et intra-pleurales par une technique se rapprochant plus ou moins de celle de Sebestyen.

Ces quatre interventions ont été suivies d'échec.

Ce qui réduit à 51 nos observations. Parmi celles-ci, l'une d'elles (la première), a été réalisée en 1942 et n'a pu par conséquent bénéficier des antibiotiques ; les autres furent réalisées entre 1949 et 1953 dans trois établissements différents : le Sanatorium « Bon-Accueil » (*femmes*), le Sanatorium « Bellevue » (*hommes*) et le Centre départemental de Phthisiologie de Montpellier.

OBSERVATION A (1)

M. Pr...

Histoire de la maladie : tuberculose pulmonaire datant de 1935 : Lésion excavée de l'apex droit. Pas de traitement. Continue une vie normale jusqu'en 1940. En 1941 : le contrôle radiologique révèle la présence de deux cavités de la dimension d'une petite orange : l'une dans la région sous-claviculaire droite, l'autre dans la région sous-hilaire du même côté.

Pneumothorax intra-pleural en 1941, entretenu régulièrement. Il est inefficace sur la caverne apexienne.

Pleuroscopie en février 1941 : section de brides en V à la partie moyenne, amenant le retrait du lobe inférieur. Il persiste un voile apical parenchymateux inabordable.

Le 6 mars 1942 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires : très simples. Les insufflations sont pratiquées dans la cavité endopleurale comme d'habitude et remplissent la cavité extra-pleurale. Pressions initiales : $-4 + 2$; terminales : $+10 + 15$.

Résultat radiologique : le vaste spélonque sous-claviculaire s'est considérablement abaissé vers le hile ; on suit radioscopiquement son effacement progressif.

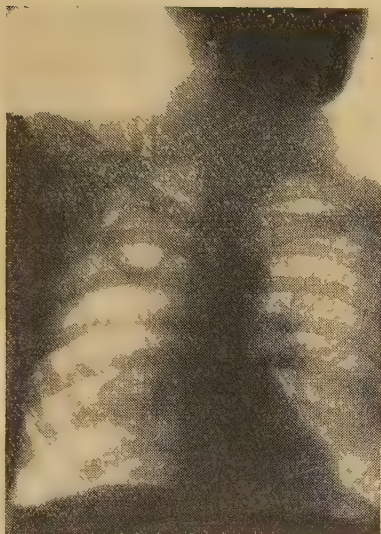
Fin mars : le malade mène une vie normale. Bacilloscopie négative. Les insufflations sont régulièrement poursuivies tous les cinq jours ; pas de réaction liquidienne.

1952 (soit dix ans après l'intervention) : M. Pr... est en parfaite santé. Son collapsus a été entretenu de façon efficace et sans incident.

En résumé : intervention un peu tardive, mais résultats excellents malgré l'absence des antibiotiques.

(1) Observation déjà publiée par Pierre GOASGUEN dans sa thèse inaugurale, soutenue le 20 juillet 1942 à Montpellier.

OBSERVATION A



1° Pneumothorax intra-pleural.
Symphyse du sommet, vaste ulcéra-
tion sous-jacente.



2° Dix jours après, opération de
Schestgen. Petit épanchement de base
(la 4^{me} côte a été en partie résé-
quée).

A. — SANATORIUM BON-ACCUEIL.

OBSERVATION N° 1

(obs. n° 848)

Gar... Gertrude, 20 ans.

En mai 1943 : Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse bilatérale étendue, prédominant au sommet droit ; bacilloscopie positive.

Le 1^{er} juillet 1943 : création d'un pneumothorax droit.

En octobre 1943 : création d'un pneumothorax gauche.

Les deux pneumothorax, incomplets et inefficaces, sont ainsi entretenus pendant deux ans à domicile.

En octobre 1945 : pleuroscopie et section de brides à droite, suivies d'un collapsus satisfaisant ; mais l'expectoration demeure bacillifère.

Le 6 mars 1947 : pleuroscopie à gauche ; toute section est impossible.

Le 26 mars 1947 : entre au sanatorium Bon-Accueil. Bacilloscopie positive. En radiographie : ulcération sous-claviculaire G. Le PNO adhère largement au sommet. A droite, collapsus sec, satisfaisant.

Le 20 juin 1947 : on réalise une opération de Sebestyen à gauche, sous-anesthésie locale. Suites opératoires simples : apyrexie au quatrième jour ; épanchement hématique ponctionné les 23, 24 et 27 juin (ponctions de 300, 150 et 125 cm³).

Le pneumothorax est alors sec, assez réduit.

En décembre 1947 : double épanchement séro-fibrineux. Bacilloscopie positive. Les deux pneumothorax sont rigides. Ulcérations bilatérales ; sclérose pulmonaire importante.

En 1948 et 1949 : cure d'antibiotiques (streptomycine et P.A.S.) et amélioration transitoire de l'état général.

En 1950 : malade cachectique, délire, coma et décès.

Commentaires : Il s'agit évidemment d'un échec. L'opération devait être tentée ; mais, dans de pareilles conditions, un succès était peu probable : il s'agissait en effet de compléter un collapsus incomplet et inefficace depuis quatre ans !...

Il s'agissait en outre d'une forme bilatérale étendue, qui ne pouvait pas bénéficier des antibiotiques dont nous n'avons pu disposer qu'en fin d'évolution.

La sclérose pulmonaire était déjà vraisemblablement trop avancée pour permettre une rétraction cavitaire et une cicatrisation des lésions.

En somme, intervention trop tardive sur une tuberculose bilatérale étendue ce n'est donc pas un échec de la méthode.

OBSERVATION N° 2

(obs. n° 1.246)

Ben... Odette, 26 ans.

En 1947 : tuberculose pulmonaire infiltrative diffuse précocoe unilatérale gauche ulcérée. Bacilloscopie positive.

Le 16 septembre 1947 : création d'un pneumothorax gauche. Large symphyse du sommet, rendant ce collapsus inefficace.

En avril 1948 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. Suites compliquées par une perforation pleuro-pulmonaire et pyothorax sans B. K. La malade reçoit alors 30 gr. de streptomycine.

En avril 1949 : bilatéralisation et création d'un pneumothorax droit complété par voie endoscopique.

De mai 1950 à mai 1952 : les deux pneumothorax sont secs, les bacilloscopies sont constamment négatives ; une grossesse intercurrente est menée à terme normalement.

En mai 1952 : la malade quitte le sanatorium Bon-Accueil avec deux pneumothorax *vastes, secs* et efficaces.

Mais en *août 1952* elle revient, avec des B. K. dans son expectoration, un pyothorax gauche et une ulcération homolatérale décelés par stratigraphie.

En résumé : résultats satisfaisants, malgré perforation post-opératoire et pyothorax ; le collapsus a en effet pu être entretenu de façon efficace pendant quatre ans.

Une petite symphyse de base n'avait que relativement peu diminué la capacité respiratoire puisque le second collapsus total, créé un an plus tard, n'a été suivi d'aucune insuffisance respiratoire.

Signalons enfin la rechute tardive « in situ » malgré une intervention efficace pendant quatre ans.

OBSERVATION N° 3

(obs. n° 991)

Fab... Anne, 34 ans.

En juillet 1948 : découverte d'une ulcération sous-claviculaire droite de la dimension d'une pièce de un franc. Bacilloscopie positive.

Le 10 septembre 1948 : création d'un pneumothorax droit ; l'apex reste adhérent, mais il existe une grande « bulle médiastinale ».

Le 23 octobre 1948 : une pleuroscopie met en évidence un très large et très court pilier apical que l'on respecte prudemment.

Le 14 janvier 1949 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale ; suites opératoires excellentes : il n'y a pas d'épanchement post-opératoire. Dès février 1949, on espace un peu trop tôt les insufflations et une petite symphyse axillaire puis basale diminue de façon importante le volume de la poche mixte. Néanmoins le collapsus du sommet est bon.

De février à août 1949, toutes les bacilloscopies sont négatives. La cavité n'est plus visible sur les différents clichés radiographiques.

En août 1949 : la malade regagne son domicile avec un pneumothorax sec, efficace, et que l'on entretient tous les mois avec 150 cm³ d'air et des pressions terminales positives aux environs de + 10.

Depuis lors, pas de nouvelles.

En résumé : résultats satisfaisants dans l'ensemble, malgré la symphyse de base, qui aurait pu, semble-t-il, être évitée en raison de l'absence d'épanchement.

OBSERVATION N° 4

(obs. n° 1.016)

Min... Solange, 28 ans.

Entre au sanatorium Bon-Accueil en décembre 1948. Bacilloscopie positive ; en radiographie : plusieurs ulcérations axillaires.

A la suite de plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax gauche (réalisées le 3 et le 5 janvier 1949), on pose l'indication d'un pneumothorax extra-pleural.

Le 2 février, on pratique l'intervention sous anesthésie locale ; mais, après le décollement extra-pleural du sommet, on pénètre accidentellement dans la plèvre ; un pneumothorax mixte est ainsi créé que l'on complète et met au net selon la technique de Sebestyen. Suites opératoires excellentes : épanchement minime, non ponctionné, qui se résorbe spontanément en dix jours.

En mai 1949 : des examens tomographiques ne permettent plus de retrouver les ulcérations axillaires sous le collapsus, qui est très satisfaisant ; bacilloscopies négatives. Néanmoins, il existe une petite symphyse de base postérieure et un petit épanchement séro-fibrineux.

En septembre 1949 : la malade quitte le service pour un sanatorium de post-cure, avec un pneumothorax sec, efficace et souple.

Commentaires : il s'agit ici d'une opération de Sebestyen primitive, dictée par les circonstances : la plèvre, que l'on croyait totalement symphysée, n'était en réalité adhérente qu'au sommet. Les résultats sont satisfaisants, malgré une petite symphyse de base qui ne compromet pas la guérison anatomique ni la fonction respiratoire.

OBSERVATION N° 5

(obs. n° 1.054)

Ray... Paule, 29 ans.

Entre, en avril 1949, au sanatorium Bon-Accueil pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse gauche décelée au décours d'une grossesse. Bacilloscopie positive. En radiographie : ulcération sous-claviculaire gauche, de la taille d'une pièce de cinq francs.

Le 16 mai 1949 : création d'un pneumothorax gauche qui adhère au sommet, mais est libre sur la face médiastinale.

Image de « bulle médiastinale » aux rayons X.

Le 13 juillet 1949 : une pleuroscopie met en évidence une très large et très courte adhérence apicale. Pas de section.

Le 20 septembre 1949 : réalisation d'une opération de *Sebestyen* sous anesthésie locale ; suites opératoires simples : petit épanchement non ponctionné, qui se résorbe spontanément en un mois.

En octobre 1949 : bacilloscopie négative. L'ulcération est invisible aux rayons X.

Sortie en mai 1950, avec un pneumothorax sec, efficace depuis huit mois, mais petite symphyse de base. Etat général excellent.

En résumé : symphyse de base minime, non évolutive et, par suite, résultat excellent.

OBSERVATION N° 6

(obs. n° 1.107)

Mol... Lucette, 30, ans.

Entre au sanatorium Bon-Accueil au mois de février 1950 pour une tuberculose ulcéro-caséeuse droite, décelée au décours d'une grossesse.

Expectoration bacillifère et ulcération sous-claviculaire droite de la taille d'une pièce de cinq francs en radiographie.

Le 24 février 1950 : création d'un pneumothorax droit.

Le 18 mars 1950 : pleuroscopie ; un système adhérentiel complexe apico-interne est sectionné partiellement.

Le 4 mai 1950 : seconde pleuroscopie : on ne peut libérer totalement le poumon de ses adhérences pleurales ; par la suite, petit épanchement séro-fibrineux.

Le 26 juin 1950 : troisième pleuroscopie en raison de l'apparence radiologique d'étirement des brides. En réalité, le système adhérentiel est inchangé.

Le 30 juin 1950 : opération de *Sebestyen* sous anesthésie locale.

Suites opératoires simples : petit épanchement séro-hématique (150 cm³) ponctionné le surlendemain.

En octobre : pneumothorax sec ; bacilloscopie négative ; la cavité n'est plus retrouvée en radiographie.

En janvier 1951 : petit épanchement séro-fibrineux amicrobien ; les bacilloscopies sont constamment négatives. Le colapsus est satisfaisant ; la malade passe dans un sanatorium de post-cure.

En résumé : bons résultats, malgré une intervention relativement tardive et un petit épanchement initial, pré-opératoire.

OBSERVATION N° 7

(obs. n° 1.038)

Br... Jeannine, 13 ans.

Tuberculose pulmonaire infiltrative diffuse précoce avec ulcérations bilatérales ; bacilloscopie positive.

Traitement par antibiotiques (streptomycine et P.A.S. pendant deux mois).

Le 27 octobre 1949 : création d'un pneumothorax gauche qui s'avère contro-électif.

Le 25 mars 1950 : pneumothorax extra-pleural gauche de substitution après un essai infructueux de symphyse provoquée par le sang et la thrombase.

Le 27 novembre 1950 : création d'un pneumothorax droit.

Le 17 janvier 1951 : première pleuroscopie, qui ne permet qu'une section incomplète d'un très important système adhérentiel apical.

Le 8 février 1951 : deuxième pleuroscopie, au cours de laquelle on renonce à poursuivre la pleurolyse ; la face médiastinale est libre.

Le 27 février : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. le collapsus obtenu est excellent et il n'y a pas d'hémorragie.

Le lendemain : syncope mortelle par thrombose cardiaque vérifiée par examen nécropsique.

Commentaires : cette observation, malgré le décès brutal post-opératoire, non imputable à la méthode, est riche d'enseignement.

Deux pneumothorax ont été successivement créés, à gauche, puis à droite ; tous deux étaient incomplets et inefficaces.

L'un a été suivi d'une intervention chirurgicale de substitution en raison de l'étendue de la symphyse supérieure et, particulièrement, de la non-liberté de la face médiastinale.

L'autre a été suivi d'une intervention de complément en raison du peu d'étendue de la symphyse supérieure et de la liberté de la face médiastinale.

On devine déjà l'avantage que présente cette seconde méthode, lorsqu'elle est possible, sur la première : une période intermédiaire plus ou moins longue de réexpansion pulmonaire, laissant toute liberté au développement éventuel d'un processus évolutif, est ainsi évitée.

OBSERVATION N° 8

(obs. n° 1.100)

Stim... Jeanne, 20 ans.

En juin 1950 : entrée au sanatorium Bon-Accueil.

Aux rayons X : ulcération sous-claviculaire gauche de la taille d'une pièce de cinq francs. Bacilloscopie positive.

Dix-huit mois auparavant, une ulcération du sommet droit aurait été décelée et traitée par pneumothorax, abandonné pour symphyse progressive après un an d'entretien environ.

Le 21 juin 1950 : création d'un pneumothorax gauche dont le système d'adhérences apicales très étendues se révèle inséparable sous pleuroscopie le 7 juillet 1950 ; notons également que la face médiastinale est libre et qu'il existe une « bulle médiastinale » typique aux rayons X.

Le 15 juillet : une opération de Sebestyen est réalisée sous anesthésie locale. Trois jours plus tard, on décèle en radio-scopie une symphyse en masse de la zone décollée.

Sous pleuroscopie, on libère alors à la spatule de Braillon le poumon de cette néo-symphyse et on dissocie un important caillot cruorique.

Le 22 juillet : ponction de 600 cm³ de liquide sanglant ; puis des ponctions successives n'assèchent qu'imparfaitement le pneumothorax.

En mars 1951 : la malade quitte le service pour se rendre dans un sanatorium de post-cure, avec un pneumothorax efficace depuis six mois et presque sec ; mais il existe une symphyse de base qui ne permet à la poche mixte d'admettre que 100 cm³ d'air tous les mois en pressions fortement positives.

Commentaires : cette observation illustre une complication rare de l'opération de Sebestyen, qui impose une réintervention d'urgence, soit sous endoscopie, soit à ciel ouvert : « la symphyse précoce en masse de la zone décollée ».

En outre, nous qualifierons d'imparfait le résultat tardif de l'intervention ; car, malgré l'efficacité du collapsus, l'exiguité relative de la poche aérienne peut conduire à un abandon prématuré de son entretien.

OBSERVATION N° 9

(obs. n° 1.239)

Cail... Gabrielle, 38 ans.

En juillet 1951 : entrée au sanatorium Bon-Accueil : petite ulcération sous-claviculaire externe droite en radiographie ; bacilloscopie positive.

Le 13 juillet 1951 : création d'un pneumothorax intrapleurale droit.

Le 14 août 1951 : pleuroscopie : « système symphysaire de tout l'apex, court, épais, en « cimier de casque », qui se révèle insécable ».

Le 24 août 1951 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale, par voie axillaire. On découvre une péripleurite dense ; le décollement est peu poussé ; l'étanchéité de la paroi n'est pas réalisable ; on décide donc de retarder les insufflations ; un recollement est à craindre. Dans ce cas, on pense déjà à une thoracoplastie de substitution ; l'examen radioscopique post-opératoire montre une poche très réduite.

Suites opératoires : fébriles, malgré le traitement par antibiotiques (streptomycine et pénicilline) pré et post-opératoire.

Quinze jours plus tard la symphyse prévue du sommet se réalise ; on pratique alors une symphyse artificielle de la poche endopleurale de base par le kaolin et on réalise une thoracoplastie du sommet qui s'avère rapidement efficace.

En résumé : échec complet le jour même de l'opération.

Nous l'attribuerons essentiellement à la voie d'accès axillaire, qui n'a pas permis de réaliser l'intervention dans des conditions satisfaisantes.

OBSERVATION N° 10

(obs. n° 1.226)

Bouc... Georgette, 38 ans.

En juillet 1951 : entre au sanatorium Bon-Accueil.

En tomographie : ulcération sous-claviculaire externe, corticale et postérieure, de la taille d'une pièce de un franc ; bacilloscopie positive.

Le 16 juillet 1951 : création d'un pneumothorax intra-pleural, où se développe rapidement un petit épanchement idiopathique bénin.

Le 1^{er} août : pleuroscopie et section de formations membranueuses de part et d'autre de l'apex ; il persiste une attache supérieure épaisse, non libérable.

Le 28 août : opération de Sebestyen sous anesthésie locale par voie axillaire.

En fin d'intervention, le collapsus paraît satisfaisant ; cette impression est confirmée par un examen radioscopique.

Le lendemain : ponction de 300 cm³ de liquide sanglant, bon collapsus ; mais secondairement une symphyse axillaire se constitue, comme dans le cas précédent.

Le 29 septembre 1951 : réintervention par la voie dorsale habituelle.

Les suites opératoires sont très simples.

Le pneumothorax est sec et efficace un mois plus tard.

En juin 1952 : sortie. Etat local et général excellent. Notons seulement une petite symphyse de base qui ne compromet nullement l'entretien du pneumothorax.

Commentaires : nouvel échec immédiat d'une opération de Sebestyen par voie axillaire ; l'importance du collapsus, néanmoins, a permis (contrairement au cas précédent) de conserver ce pneumothorax grâce à une réintervention par la voie habituelle et d'éviter ainsi une intervention mutilante et un collapsus irréversible par thoracoplastie.

OBSERVATION N° 11

(obs. n° 1.273)

Fulc... Gestrudina, 42 ans.

En novembre 1951 : entre au sanatorium Bon-Accueil porteuse d'une miliaire froide tuberculeuse, ulcérée à droite. Baciloscopie positive. La spélonque sous-apicale est approximativement du volume d'une mandarine.

Traitement par antibiotiques pendant deux mois.

Le 24 décembre 1951 : création d'un pneumothorax droit.

Le 15 janvier 1952 : pleuroscopie et section partielle d'un très important système adhérentiel ; un volumineux système apico-médiastinal persiste.

Le 19 février 1952 : deuxième pleuroscopie : les éléments symphysaires, inchangés, se révèlent insécables.

Le 12 mars : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. Suites remarquablement simples : (*pas d'épanchement*). Notons en passant un syndrome de Claude-Bernard-Horner transitoire.

Le 31 mars : on dissocie (à l'anse froide et à la palette de Braillon), sous endoscopie, quelques cordons cruoriques et des néoformations fibrineuses. Le collapsus est alors parfait.

Dès le mois d'avril, le pneumothorax est sec, souple et efficace. (Bacilloscopies négatives après tubages gastriques répétés).

En juillet 1952 : petit épanchement, se résorbant spontanément en un mois.

En septembre : une ulcération se creuse au sommet gauche et l'expectoration redevient bacillifère.

En octobre 1952 : création d'un pneumothorax gauche, que l'on abandonne en février 1953 en raison de son inefficacité.

En mars 1953 : le pneumothorax mixte est toujours aussi vaste, souple, sec et efficace, sans symphyse de base.

Commentaires : intervention très rapidement efficace, ayant nécessité cependant une révision sous endoscopie au bout de huit jours. Résultats excellents.

OBSERVATION N° 12

(obs. n° 1.264)

Bac... Toussainte, 29 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale constituée d'une infiltration du sommet droit et d'une ulcération sous-claviculaire gauche de la taille d'une pièce de un franc ; expectoration bacillifère ; elle reçoit alors, dans le service du docteur PARAFF, 110 gr. de streptomycine et 60 flacons de P.A.S. en perfusion intra-veineuse ; en juillet 1951 : création d'un pneumo-péritoine.

Le 4 janvier 1952 : entre au sanatorium Bon-Accueil ; abandon du pneumopéritoine.

Le 8 janvier : création d'un pneumothorax gauche, car persistance de l'ulcération. Bacilloscopies à nouveau positives.

Le 2 février 1952 : pleuroscopie et section partielle d'un vaste système vélamenteux-apical, postérieur et externe. Petit épanchement liquidien qui se résorbe après révulsion et calci-thérapie.

Le 23 avril 1952 : deuxième pleuroscopie : la poursuite de la pleurolyse se révèle impossible.

Le 14 mai 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie générale.

Le 11 mai 1952 : ponction de 600 cm³ de liquide séro-hématique.

Depuis lors le pneumothorax est sec, efficace, souple et vaste, sans symphyse de base.

Plusieurs contrôles tomographiques et bacilloscopiques (après tubages gastriques et mise en culture) confirment la guérison anatomique et bactériologique.

En février 1953 : état local et général excellents, sortie envisagée pour un sanatorium de post-cure.

Commentaires : très bons résultats dix mois après l'intervention, bien que l'opération de Sebestyen n'ait été réalisée que plus de quatre mois après la création du pneumothorax et après l'apparition d'un épanchement séro-fibrineux.

OBSERVATION N° 13

(obs. n° 1.288)

Gui... Paulette, 21 ans.

Le 16 avril 1952 : entre au sanatorium Bon-Accueil porteuse : 1° d'un pneumothorax droit créé le 4 juillet 1950 pour ulcération du sommet droit et complété sous endoscopie le 8 novembre 1950 ; 2° d'une ulcération sous-claviculaire gauche décelée trois mois plus tard. Bacilloscopie positive.

Le 25 avril 1952 : création d'un pneumothorax gauche.

Le 25 mai et le 25 juillet, au cours de deux pleuroscopies successives, on ne peut libérer que partiellement un feutrage apical et axillaire très dense.

Puis, épanchement puriforme, fébrile, non tuberculeux, du côté droit. Antibiotiques intra-pleuraux. Assèchement ; symphyse subtotale du pneumothorax, qui doit être abandonné après deux ans d'entretien.

Le 4 septembre 1952 : opération de Sebestyen, du côté gauche, sous anesthésie locale.

Au cours de l'intervention, la caverne paraît très superficielle aux doigts qui palpent le poumon.

Le lendemain, la perforation, menaçante, se produit effectivement.

Nombreuses ponctions et lavages pleuraux, avec injections d'antibiotiques.

Le 20 septembre 1952 : pleuroscopie et dissection de quelques caillots cruoriques.

Mise au net de la cavité pleurale après lavage ; le collapsus est alors satisfaisant.

En novembre : présence de B. K. dans le liquide pleural.

De novembre 1952 à août 1953 : aucun B. K. n'est plus retrouvé dans le liquide pleural ni dans le liquide gastrique après tubage.

Le pneumothorax est très vaste, efficace et presque sec.

Commentaires : La perforation cavaire, le lendemain de l'intervention, est une grave complication qui, si elle n'a pas compromis ici l'avenir immédiat de la malade, compromet l'avenir du collapsus. En effet, il est à craindre, en raison de la pleurésie tuberculeuse antécédente, que le pneumothorax ne garde pas une souplesse suffisante pour permettre en temps opportun un retour à la paroi du poumon sous-jacent. La capacité respiratoire serait alors très notablement diminuée.

Donc, bons résultats actuels, mais avenir réservé.

OBSERVATION N° 14

(obs. n° 1.276)

Mas... Claire, 27 ans.

En janvier 1952 : entrée au sanatorium Bon-Accueil : miliaire froide, tuberculeuse ulcérée et expectoration bacillifère.

Traitement par antibiotiques (streptomycine, P.A.S. intra-veineux et sulfones).

En mai 1952 : création d'un pneumothorax gauche.

Le 26 juillet 1952 : libération partielle, sous pleuroscopie, d'un feutrage apical complexe et étendu, suivi de soufflage cavaire.

Le 2 septembre 1952 : deuxième pleuroscopie : la poursuite de la pleurolyse est impossible.

Le 6 septembre 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires exceptionnellement simples : pas d'épanchement ; *en octobre* : bacilloscopie négative.

En mars 1953 : pneumothorax sec, total (la face diaphragmatique de la plèvre est libre), efficace depuis six mois et aussi souple qu'un simple pneumothorax intra-pleural. (Les pressions terminales après insufflation demeurent négatives).

Commentaires : excellents résultats à tous les points de vue.

OBSERVATION N° 15

(obs. n° 1.306)

Saub... Léonie, 44 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse droite (spélonque sous-claviculaire de la taille d'une mandarine). Bacilloscopie positive.

Traitement à domicile par antibiotiques (dose non précisée) et pneumopéritoine.

En juin 1952 : institution d'un pneumothorax droit.

En juillet : entrée au sanatorium Bon-Accueil.

Le 8 octobre 1952 : *pleuroscopie* : deux cordons apicaux sont seuls sectionnés, il persiste une large zone adhérentielle axillaire qui dépasse les ressources de l'opération de Jacobæus.

Le 14 novembre : *opération de Sebestyen* sous anesthésie locale.

Le 17 novembre : ponction de 400 cm³ (liquide séro-hématique).

Le 22 novembre : section à froid sous pleuroscopie de deux cloisons axillaires néoformées.

Malgré l'excellence du collapsus, qui demeure sec, souple et total, les bacilloscopies demeurent constamment positives et la caverne persiste jusqu'en mars 1953.

Commentaires : cet échec actuel peut n'être que temporaire et l'inertie cavitaire céder aux différents traitements bronchodilatateurs, si l'investigation endobronchique ne révèle pas une tuberculose bronchique et une sténose irréversible ; sinon une exérèse lobaire doit être envisagée.

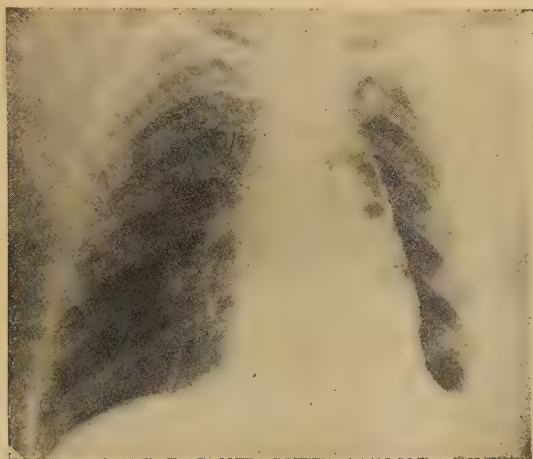
En résumé : échec par inertie cavitaire.

B. — SANATORIUM *BELLEVUE*.

OBSERVATION N° 16

Den... Edouard, 30 ans.

En juillet 1949 : entre au sanatorium *Bellevue* porteur de trois ulcérations axillaires moyennes gauches, décelées après une bronchopneumonie tuberculeuse traitée par streptomycine. Expectoration richement bacillifère.



Le 7 mars 1953 : deux ans et demi après opération de *Sebestyen*.

Le 16 août 1949 : création d'un pneumothorax gauche bridé au sommet.

Le 22 décembre 1949 et le 15 mars 1950 : section partielle de systèmes symphysaires complexes du sommet. Après la seconde section, petit épanchement séro-fibrineux, qui se résorbe spontanément en un mois environ.

En octobre 1950 : ulcération confirmée par examens stratigraphiques. Bacilloscopie positive,

Le 18 novembre 1950 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale ; suites opératoires simples : petit épanchement séro-hématique ponctionné à trois reprises ; en quinze jours la poche exo-endo-pleurale est sèche.

En décembre : bacilloscopies négatives. Tomographies : disparition des images cavitaires.

Juin 1953 : le pneumothorax est très vaste. Il n'y a pas de symphyse de base. Le collapsus est entretenu tous les deux mois avec des quantités d'air volontairement décroissantes, car il est efficace depuis près de trois ans.

En résumé : excellents résultats malgré une intervention trop tardive (quinze mois après institution du pneumothorax).

OBSERVATION N° 17

Cav... Paul, 43 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse du sommet gauche.

Avril 1950 : entrée au sanatorium Bellevue. Sur les clichés radiographiques : image cavitaire sous-claviculaire gauche ; bacilloscopie positive.

Le 25 avril 1950 : création d'un pneumothorax gauche.

Le 5 juin 1950 : pleuroscopie et section incomplète d'un système adhérentiel apical complexe.

Persistance de l'ulcération.

Bacilloscopies positives.

Le 23 novembre 1950 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. Suites opératoires simples : apyrexie complète au quatrième jour ; petit épanchement séro-hématique évacué en totalité (350 cm³) le cinquième jour ; le quinzième jour, bacilloscopie négative après homogénéisation.

Depuis lors, le pneumothorax demeure sec, vaste et souple (400 cm³ tous les quinze jours, pressions terminales : 0 + 5) et efficace.

(Bacilloscopies mensuelles constamment négatives).

Le 23 novembre 1951 : le malade quitte le sanatorium.

Commentaires : excellents résultats. Efficacité immédiate de l'intervention, qui a toute chance d'être suivie d'une guérison complète.

OBSERVATION N° 18

Grir... Amar, 38 ans.

Est porteur d'un pneumothorax gauche depuis le mois d'octobre 1949, créé pour une ulcération du sommet gauche ; bacilloscopie positive.

En juin 1950 : entrée au sanatorium Bellevue. Persistance de l'ulcération, sous-tendue par un système adhérentiel apical : il existe, de plus, une « bulle médiastinale » très nette ; expectoration toujours bacillifère.

En septembre 1950 : *pleuroscopie* : large système adhérentiel apico-externe, habité jusqu'à la paroi.

En décembre : *opération de Sebestyen* sous anesthésie locale.

Suites opératoires très simples : apyrexie au quatrième jour, pas d'épanchement post-opératoire.

En janvier 1951 : pneumothorax sec, vaste et souple, entretenu tous les douze jours en pressions négatives. Bacilloscopies positives.

En février 1951 : le malade quitte le service contre avis médical. Depuis lors, il ne nous a malheureusement pas été possible d'obtenir de ses nouvelles.

Commentaires : la sortie prématurée de ce malade risque de compromettre le résultat de l'intervention qui s'annonçait excellent, malgré la persistance de bacilles de Koch dans son expectoration un mois après l'opération.

À noter l'absence totale d'épanchement post-opératoire permettant d'espérer une souplesse remarquable et très prolongée de son collapsus.

A noter également que l'intervention (réalisée quatorze mois après la création du collapsus) fut trop tardive.

OBSERVATION N° 19

Rig... Louis, 30 ans.

En mars 1950 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'une ulcération du sommet droit ; bacilloscopie positive.

Le 5 avril 1950 : création d'un pneumothorax droit.

Le 21 septembre 1950 : pleuroscopie : « on amorce la section de deux systèmes adhérentiels apico-externe et axillaire haut, mais l'intervention est rapidement abandonnée, les brides se révélant charnues, très épaisses et courtes ».

En radiographie : persistance de l'ulcération et « bulle médiastinale » assez vaste.

Le 27 janvier 1951 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. Suites opératoires compliquées :

1° *épanchement séro-hématique* d'importance moyenne ; évacué en totalité par trois ponctions de 300 cm³ les huitième, quinzième et trentième jours ;

2° *emphysème sous-cutané* cervico-facial important, persistant pendant huit jours ; grâce à de nombreuses insufflations, on évite une symphyse de la zone décollée.

En juin 1951 : ulcération du côté opposé qui explique la persistance de la positivité des bacilloscopies.

En juillet 1951 : création d'un pneumothorax gauche, d'emblée total et efficace.

Depuis lors, les examens bacilloscopiques sont constamment négatifs.

Malheureusement la poche mixte du côté droit se rétrécit notablement ; une symphyse de base s'installe.

En juin 1952 : les deux pneumothorax sont toujours efficaces, mais il existe un petit épanchement résiduel à droite et une insuffisance respiratoire notable.

Le pneumothorax droit n'admet que 150 cm³ d'air tous les quinze jours, en pressions fortement positives.

En juin 1953 : l'état local est identique.

Commentaires : l'efficacité de l'intervention est ici malheureusement accompagnée d'une symphyse de base importante et d'une insuffisance respiratoire ; notons cependant :

1° que le collapsus est déjà entretenu avec succès depuis deux ans et demi ;

2° qu'il existe deux pneumothorax expliquant en partie l'insuffisance respiratoire.

Cette observation enfin illustre une complication post-opératoire que nous ne rencontrons que très rarement : un emphysème sous-cutané important et prolongé.

OBSERVATION N° 20

Mou... Mohamed, 24 ans.

En octobre 1950 : entre au sanatorium Bellevue, porteur de deux pneumothorax institués pour une tuberculose pulmonaire bilatérale excavée au sommet droit et dans la région paravertébrale gauche :

Le pneumothorax droit, créé en août 1949, est complété, en décembre 1949, par une section de bride à ciel ouvert.

Le pneumothorax gauche, créé en novembre 1949, n'est complété qu'imparfaitement sous endoscopie pleurale.

En février 1951 : expectoration toujours bacillifère ; en tomographie : vaste ulcération de la partie inférieure du lobe supérieur sous-tendue par la symphyse.

Le 21 mars 1951 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale. Suites opératoires compliquées par une réaction liquidienne séro-hématique très abondante ; nombreuses ponctions évacuatrices pendant deux mois, aboutissant à un assèchement total de la cavité.

Juin 1953 : collapsus toujours total, sec et efficace depuis deux ans. Il est entretenu tous les mois et admet 250 cm³ d'air.

Commentaires : excellents résultats malgré une intervention beaucoup trop tardive (dix-huit mois après la création du pneumothorax) et épanchement post-opératoire abondant.

OBSERVATION N° 21

Ono... Jésus, 35 ans.

En octobre 1950 : entre au sanatorium Bellevue.

Tuberculose pulmonaire bilatérale ulcérée au sommet droit ; bacilloscopie positive.

Le 22 octobre 1950 : création d'un pneumothorax droit ; le sommet reste adhérent ; « bulle médiastinale » très nette.

Le 25 avril 1951 : pleuroscopie (pratiquée au décours d'une réaction liquidienne apyrétique) : « on ne peut libérer une vaste symphyse apico-postérieure ».

Le 28 juin : opération de Sebestyen sous anesthésie générale.

Suites opératoires simples ; apyrexie au sixième jour. Épanchement séro-hématique ponctionné le 30 juin (400 cm³), le 5 juillet (200 cm³) et le 13 juillet (300 cm³).

Le 31 juillet : bacilloscopie négative après homogénéisation ; petit épanchement résiduel.

Le 2 septembre : sortie pour raison disciplinaire. Plus de nouvelles.

Commentaires : nous ne pouvons apprécier ici que les résultats immédiats et précoces, qui sont satisfaisants en raison de la simplicité des suites opératoires et de la rapide efficacité de l'intervention.

OBSERVATION N° 22

Reb... Emile, 31 ans.

En mai 1951 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'ulcérations sous-claviculaires gauches, après une miliaire atypique que traitée par antibiotiques. Bacilloscopie positive.

Le 15 mai 1951 : création d'un pneumothorax gauche, bridé au sommet. « Bulle médiastinale » bien visible aux rayons X.

Le 1^{er} juin : pleuroscopie : « le système adhérentiel se révèle insécable ».

Le 30 juin : opération de Sebestyen sous anesthésie générale.

Suites opératoires simples : épanchement post-opératoire moyen.

Le 5 juillet : ponction de 450 cm³ de liquide séro-hématique qui assèche la cavité.

En août : bilatéralisation ; un pneumothorax droit ne peut être créé ; on réalise, en janvier 1952, une « cage d'oiseau ». En juin 1952, excellent collapsus bilatéral, mais ulcération résiduelle à gauche. Bacilloscopie positive.

Sortie contre avis médical. Le malade est suivi alors par le docteur FOURCADE, qui entretient son collapsus. Depuis six mois les examens radiologiques ne permettent plus de mettre en évidence de cavité résiduelle. Parallèlement, toutes les bacilloscopies pratiquées se révèlent négatives.

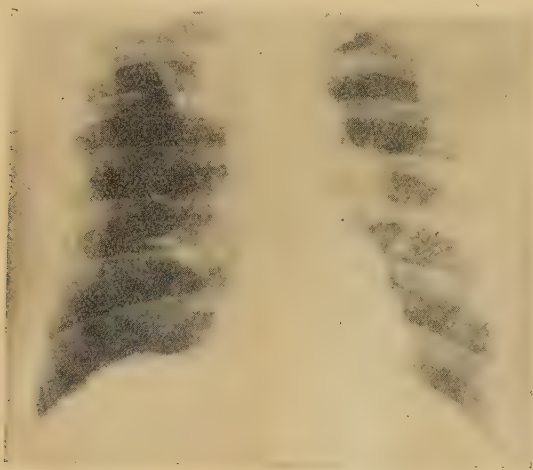
Commentaires : contrairement à l'opinion que nous avons lorsque ce malade a quitté le service, le collapsus est devenu efficace. Cette efficacité tardive (huit mois après l'intervention) semble exceptionnelle. Elle nous paraît néanmoins intéressante à retenir.

Donc, finalement, bon résultat.

OBSERVATION N° 23

Pan... Georges, 44 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse du sommet droit.
Bacilloscopie positive.



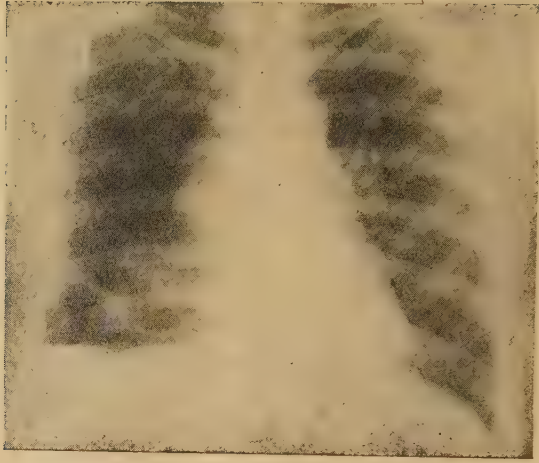
Le 15 janvier 1952 : pneumothorax intra-pleural, symphyse apicale, vaste ulcération sous-jacente.

Le 10 juin 1951 : création d'un pneumothorax droit, bridé au sommet.

La face médiastinale est libre ; « bulle médiastinale ».

Deux pleuroscopies successives (le 18 juillet et le 10 septembre 1951) mettent en évidence une large symphyse apicale qui est prudemment respectée.

OBSERVATION N° 23



*Le 27 février 1952 : dix-huit jours après,
opération de Sebestyen.*



*Le 17 décembre 1952 : dix mois après, opé-
ration de Sebestyen.*

Les bacilloscopies demeurent positives, l'ulcération augmente de volume.

Le 9 février 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires simples : apyrexie au quatrième jour.

Le 13 février 1952 : ponction de 300 cm³ de liquide séro-hématique.

En mars : bacilloscopies négatives.

L'ulcération disparaît radiologiquement.

Actuellement, le pneumothorax demeure sec, vaste, souple et efficace depuis dix-huit mois. Pas la moindre ébauche de symphyse de base. (La poche atteint le diaphragme).

En résumé : excellents résultats.

OBSERVATION N° 24

Mar... Diégo, 45 ans.

En avril 1951 : entre au sanatorium Bellevue, porteur d'une ulcération du sommet gauche du volume d'une pièce de cinq francs, traitée depuis six mois par pneumopéritoïne. Bacilloscopie positive.

Le 3 mai, 1951 : création d'un pneumothorax gauche. Trois tentatives infructueuses de pleurolyse sont effectuées en juin, août et septembre 1951. Pas de réaction liquidienne.

Le 13 février 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires simples : apyrexie au cinquième jour, petit épanchement de deux travers de doigt qui se résorbe spontanément en un mois ; secondairement, petite symphyse de base non évolutive, qui permet néanmoins, dix-huit mois après l'intervention, de pratiquer tous les quinze jours des insufflations de 250 cm³ d'air.

Bacilloscopies négatives et fermeture cavitaire depuis dix-sept mois.

Commentaires : l'épanchement post-opératoire n'a pas été ponctionné en raison de son faible volume ; nous pensons que la symphyse de base peut lui être imputable ; actuellement nous ponctionnons et lavons systématiquement la poche mixte dans les huit jours qui suivent sa création.

En résumé : bons résultats.

OBSERVATION N° 25

Ban... Robert, 51 ans.

Le 9 février 1952 : entre au sanatorium Bellevue, porteur d'un pneumothorax gauche institué en octobre 1951, largement adhérent au sommet. Cette adhérence sous-tend une ulcération du volume d'une pièce de deux francs.

Bacilloscopies négatives depuis novembre 1951, mais ce malade avait reçu, entre septembre et novembre 1951 : 40 grammes de streptomycine et 1 kilo de P. A. S.

Le 20 février 1952 : pleuroscopie : large et courte symphyse apico-interne. Au-dessus, possibilité raisonnable de la méthode de Jacoboeus.

Le 26 février : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires difficiles : deux œdèmes aigus du poumon, le 27 et le 29 février, purent être traités assez tôt. Épanchement séro-hématique assez abondant.

Le 1^{er} mars : ponction de 500 cm³ de liquide séro-hématique.

En avril et en mai : contrôles radiologiques : ulcération invisible. Bacilloscopies constamment négatives, mais persistance d'un petit épanchement dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique et symphyse axillaire bilobant la poche ; néanmoins cette symphyse atypique ne progresse pas.

Fin mai, le malade quitte le service contre avis médical.

En août 1953 : le collapsus est toujours entretenu ; le malade a grossi de 15 kilos et conduit de nouveau son camion depuis deux mois !...

Commentaires : l'œdème aigu du poumon est une complication rare de l'opération de Sebestyen. C'est le seul cas que nous ayons observé.

(Précisons que l'état cardio-vasculaire antérieur du malade était absolument normal).

Une symphyse isolée de la zone axillaire est également une rareté, car elle ne correspond pas à la zone de décollement. Néanmoins, résultat final satisfaisant.

En résumé : bons résultats.

OBSERVATION N° 26

Moli... Vincent, 30 ans.

En décembre 1951 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'une ulcération sous-claviculaire droite ; bacilloscopie positive.

Le 10 décembre : création d'un pneumothorax droit, qui adhère au sommet.

Le 31 janvier 1952 : « amorce de section d'un très important système adhérentiel apico-externe ». Les bacilloscopies demeurent positives et la caverne ne se rétracte pas.

Le 28 février 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie générale. Dans les jours suivants, on décèle, sous écran radioscopique, une image opaque et floue du sommet dont on ne plus préciser les limites.

Réintervention sous anesthésie générale le 6 mars 1952 : « De très importants caillots sanguins coiffaient le sommet et adhéraient à la paroi et au poumon ; deux ponctions ultérieures de liquide séro-hématique assèchent la cavité, qui est très vaste.

En avril : bacilloscopies négatives et, *en juin*, l'image cavitaire a totalement disparu.

En juillet 1952 : pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement abondant ponctionné à plusieurs reprises.

En août 1953 : un contrôle tomographique ne permet pas de retrouver l'image cavitaire ; les bacilloscopies sont constamment négatives.

Malgré la persistance d'un résidu liquidien, il n'y a pas de symphyse de base. Le collapsus demeure vaste et efficace depuis près de dix-huit mois.

Commentaires : l'hémorragie post-opératoire ne s'est pas traduite, comme c'est le plus souvent le cas, par le syndrome de choc et d'insuffisance respiratoire, bref par le « tableau si particulier de la trente-sixième heure ».

En l'absence de réintervention, une néo-symphyse de la zone décollée se serait fatalement organisée et aurait certainement rendu le collapsus inefficace.

En résumé : bons résultats.

OBSERVATION N° 27

Mam... Angel, 47 ans.

En février 1951 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'une tuberculose pulmonaire infiltrative diffuse précoce avec ulcérations bilatérales. Un traitement par antibiotiques amène un nettoyage important des images radiologiques, mais persistance d'une ulcération importante du sommet gauche.

En avril 1951 : création d'un pneumothorax gauche ; il adhère au sommet ; l'image cavitaire persiste, les bacilloscopies demeurent positives.

Le 21 mars 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires parfaites. Le lendemain, le malade est apyrétique.

Le 23 mars : ponction de 400 cm³ de liquide séro-hématique.

Dès le mois d'avril : bacilloscopie négative ; après contrôle radio et tomographique : fermeture cavitaire.

Actuellement, le pneumothorax demeure vaste, sec, sans symphyse de base ; il est efficace depuis dix-sept mois.

En résumé : excellents résultats.

OBSERVATION N° 28

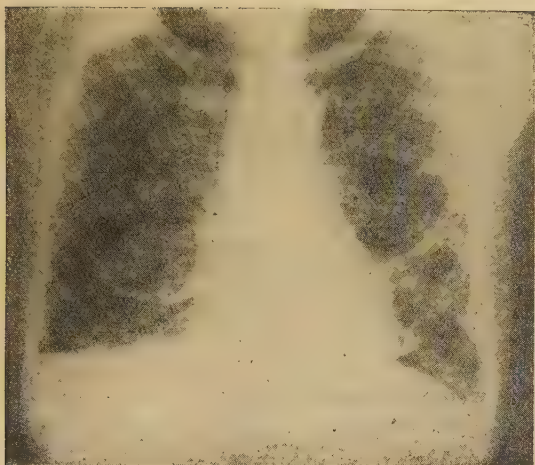
Bour... Georges, 44 ans.

En décembre 1951 : entre au sanatorium Bellevue. Aux rayons X : ulcération du sommet droit. Bacilloscopie positive.

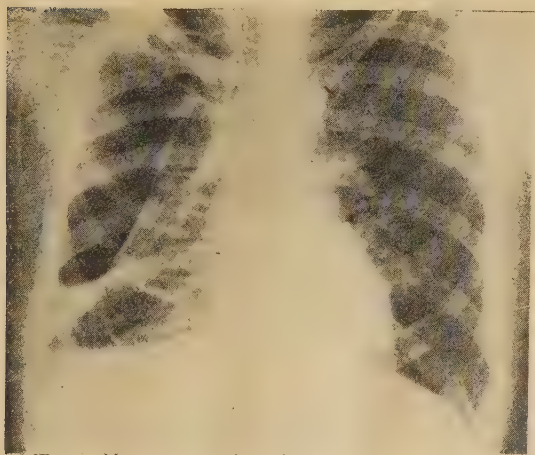
Le 28 décembre : création d'un pneumothorax droit bridé au sommet. L'expectoration demeure bacillifère. L'ulcération grossit et atteint le volume d'une pièce de deux francs.

Le 13 mars 1952 : pleuroscopie : « symphyse apicale large et habitée jusqu'à la paroi ». Un épanchement séro-fibrineux amicrobien se développe dès le lendemain.

OBSERVATION N° 28



Le 11 février 1952 : pneumothorax intra-pleural. Bulles médiastinales. Petit épanchement,



Le 29 septembre 1953 : dix-huit mois après opération de Sebestyen. Petite symphyse de base après pleurésie tuberculeuse.

Le 26 mars : ponction évacuatrice de 700 cm³ qui assèche totalement le pneumothorax.

Le 27 mars : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires compliquées : épanchement séro-hématique important, ponctionné à plusieurs reprises ; puis rapidement pleurésie purulente à B. K.

Après huit mois d'injections locales d'antibiotiques et de lavages pleuraux on stérilise et assèche le pneumothorax.

Dès le mois d'avril, les bacilloscopies sont négatives. Des contrôles tomographiques montrent également la disparition de l'image cavitare.

En juin 1953 : le malade regagne son domicile avec une petite symphyse de base qui ne progresse pas depuis six mois et ne gêne pas l'entretien de son collapsus.

Commentaires : l'heureuse issue de cette pleurésie tuberculeuse ne doit pas faire sous-estimer le danger qu'il y a d'intervenir chirurgicalement sur une plèvre tuberculisée ; tout épanchement pré-opératoire compromet fortement, à notre avis, les résultats, sinon immédiats, tout au moins tardifs d'un pneumothorax mixte ; et une pleurésie tuberculeuse constitue une contre-indication opératoire absolue.

En résumé : bons résultats.

OBSERVATION N° 29

Rib... Raymond, 51 ans.

Le 6 février 1952 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'un pneumothorax droit incomplet et d'un petit épanchement liquidien ; une ulcération, du volume d'une pièce de deux francs, persiste dans la région sous-claviculaire ; bacilloscopie positive.

Au cours de deux pleuroscopies (en mars et en avril) on ne peut sectionner qu'incomplètement un système adhérentiel apical, très épais.

Le 10 mai : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites opératoires simples : petit épanchement séro-hématique ponctionné à deux reprises.

Dès le mois de juin : bacilloscopies négatives, malgré un recollement précoce de la face postérieure du lobe supérieur ; des examens tomographiques répétés ne permettent plus de retrouver l'image cavaire.

Le pneumothorax demeure vaste, sec et efficace, sans la moindre symphyse de base depuis un an.

En résumé : excellents résultats.

OBSERVATION N° 30

Bert... Paul, 42 ans.

Est atteint de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse des deux sommets.

Le 15 décembre 1951 : un pneumothorax droit est créé ; il est complété, le 23 janvier 1952, sous pleuroscopie ; l'ulcération persiste et ne se ferme qu'après chrysothérapie intrapleurale.

Le 17 mars 1952 : création d'un pneumothorax gauche, qui reste attaché au sommet.

Le 23 avril : pleuroscopie : « important système adhérentiel apico-externe et axillaire insécable ».

Le 19 juin : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites simples : le 22, ponction de 250 cm³ de liquide séro-hématique qui assèche définitivement le pneumothorax. Dès la fin juin les bacilloscopies se négativent. Après plusieurs contrôles radiographiques et tomographiques, on ne retrouve plus d'image cavaire malgré une assez importante symphyse postéro-interne.

Malgré une certaine rigidité, la poche exo-endo-pleurale admet tous les quinze jours 300 cm³ d'air, avec des pressions terminales aux environs de + 15.

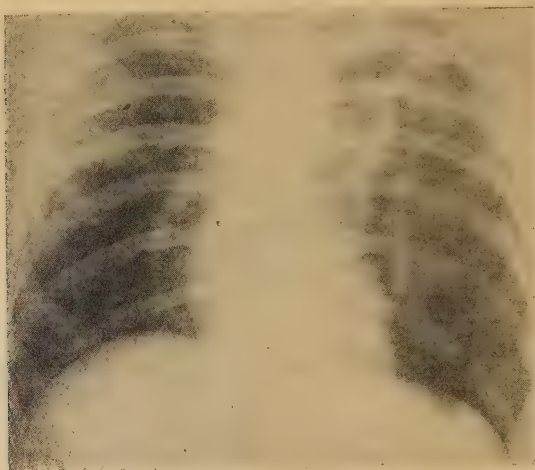
Le 1^{er} octobre 1953 : sortie du service ; pneumothorax sec et efficace depuis quinze mois.

En résumé : bons résultats.

OBSERVATION N° 31

Gu... Paul, 34 ans.

En juin 1952 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'une ulcération hilo-axillaire volumineuse du poumon gauche et d'une infiltration axillaire droite. Bacilloscopie positive.

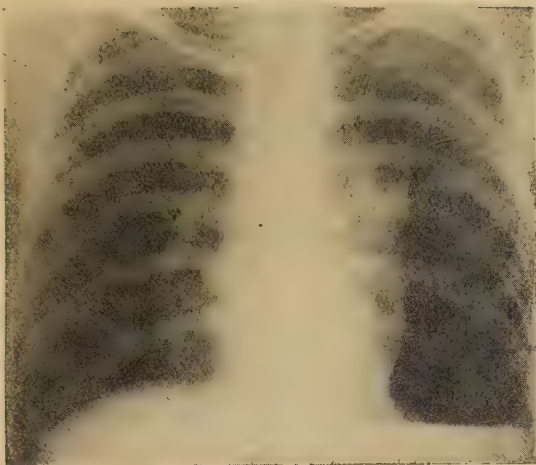


Le 24 juin 1952 : pneumothorax intra-pleural gauche, vaste symphyse apicale et ulcération sous-jacente.

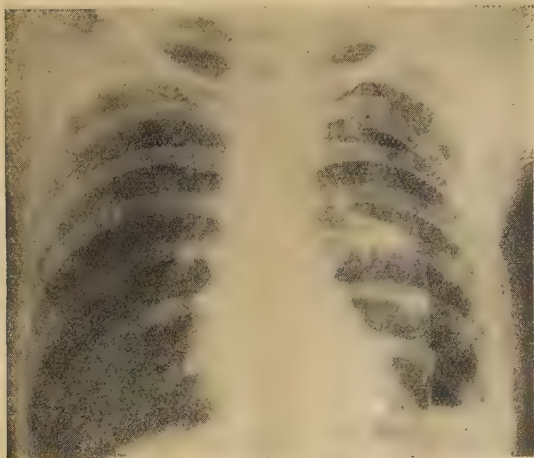
Le 12 juin 1952 : on crée un pneumothorax gauche que l'on tente vainement de compléter sous pleuroscopie le 12 juillet 1952 : on se trouve en présence d'une symphyse apico-externe et antérieure large et serrée, qui est prudemment respectée ; seule est sectionnée une petite bride axillaire. Dès le lendemain, la température s'élève à 39° ; il n'y a pas d'épanchement. Cette hyperthermie ne cède progressivement qu'après dix jours d'un traitement par antibiotiques (streptomycine, P. A. S. et sulfones).

Le 20 septembre : opération de Sebestyen sous anesthésie générale. L'opération est assez hémorragique.

Le 22 septembre : ponction de 500 cm³ de liquide séro-hématique et lavage pleural.



Le 10 octobre 1952 : trois semaines après, opération de Sebestyen. Epanchement de base. (Remise en place défectueuse de la 5^{me} côte sectionnée au cours de l'intervention).



Le 10 mars 1953 : six mois après opération de Sebestyen : petit épanchement de base (à remarquer la convexité du parenchyme qui signe la souplesse du collapsus).

Le 29 septembre : nouvelle ponction de 500 cm³ et nouveau lavage. Depuis lors, le pneumothorax est sec et conserve une souplesse remarquable (il est entretenu en pressions terminales négatives).

Le 4 novembre : bacilloscopie négative.

Actuellement, le collapsus, toujours aussi vaste et aussi souple, est efficace depuis un an.

En résumé : excellents résultats.

OBSERVATION N° 32

Esc... Jean, 26 ans.

Le 15 septembre 1952 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'un pneumothorax gauche institué le 15 août 1952. Ce pneumothorax est bridé au sommet, il existe une cavité résiduelle sous-claviculaire du volume d'une pièce de cinq francs. Bacilloscopie positive.

Le 24 septembre : pleuroscopie et section partielle d'un important système apico-externe court et très épais. La face médiastinale est libre.

Le 31 octobre : opération de Sebestyen sous anesthésie générale.

Suites excellentes ; néanmoins, bien que le collapsus soit parfait, on assiste à un soufflage cavitair rapide et réfractaire au traitement habituel (cure déclive, paraminan, inophyline). Les bacilloscopies demeurent constamment positives.

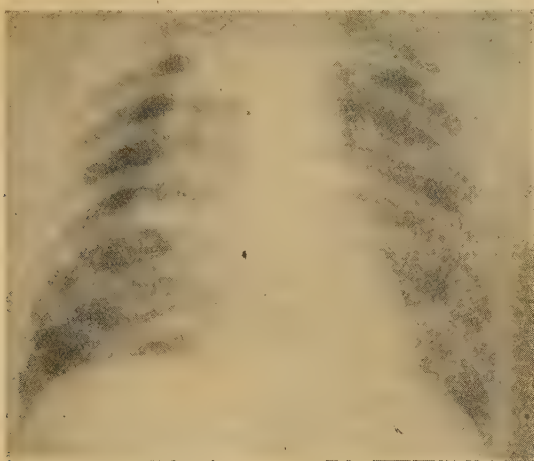
Devant cet échec, on réalise, le 16 mai, une lobectomie supérieure gauche ; on assiste alors à une réexpansion totale du lobe inférieur en quinze jours, malgré l'épanchement antérieur à l'intervention, qui avait persisté pendant six mois.

Commentaires : malgré l'échec de la première intervention, il faut cependant remarquer la *souplesse* du collapsus, malgré l'épanchement persistant ; il est peu probable que dans les mêmes conditions on eut obtenu un pareil résultat avec une poche extra-pleurale.

OBSERVATION N° 33

Dup... Ludovic, 42 ans.

Le 18 décembre 1952 : entre au sanatorium Bellevue porteur d'un pneumothorax droit institué le 18 novembre 1952 pour une lobite supérieure droite excavée et bacillifère.



Le 20 décembre 1952 : pneumothorax intrapleurale, ulcération sous-claviculaire, symphyse apico-postérieure.

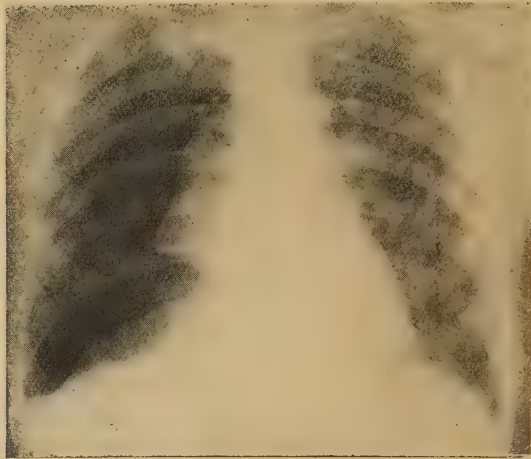
Le 19 décembre 1952 : pleuroscopie : « très important système adhérentiel apico-interne et postérieur insécable ».

Le 29 janvier 1953 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites simples : un important épanchement séro-hématique post-opératoire nécessite des ponctions et lavages pleuraux tous les deux jours pendant quinze jours. D'autre part, une atélectasie totale du lobe supérieur droit apparaît dès le lendemain de l'intervention. Elle cède spontanément en quinze jours de façon progressive.

Fin février : le pneumothorax est sec. En mars : des examens tomographiques ne permettent plus de retrouver l'image cavitair.

OBSERVATION N° 33



Le 4 mars 1953 : trente-cinq jours après opération de Sebestyén, collapsus pratiquement sec et remarquablement souple.



Le 16 septembre 1953 : huit mois après opération de Sebestyén (cliché après une insufflation un peu poussée), collapsus très souple.

Actuellement, le collapsus est efficace depuis huit mois ; il est entretenu toutes les trois semaines avec 500 cm³ d'air en pressions terminales négatives.

En résumé : résultat excellent.

OBSERVATION N° 34

Dev... Louis, 31 ans.

Le 3 janvier 1952 : entre au sanatorium Bellevue.

Il est porteur d'une ulcération sous-claviculaire du lobe supérieur gauche ; bacilloscopie positive. (Ce malade avait reçu antérieurement 120 grammes de streptomycine à domicile).

Le 1^{er} mars : on crée un pneumothorax gauche que deux pleuroscopies, réalisées le 9 et le 23 mars, ne permettent pas de compléter ; la face médiastinale est libre.

Les interventions endopleurales sont suivies d'une petite réaction liquidienne fébrile qui se résorbe après révulsion et calci-thérapie.

Le 22 avril 1953, une *opération de Sebestyen* est réalisée sous anesthésie locale.

Suites opératoires simples ; épanchement séro-hématique d'importance moyenne ponctionné à plusieurs reprises.

En mai et juin : bacilloscopies négatives.

Radiologiquement : l'ulcération diminue de volume ; mais en juillet une poussée évolutive fébrile s'accompagne de nouveau d'une expectoration bacillifère, et l'ulcération passe en trois semaines du volume d'une noisette à celui d'une prune, puis une nouvelle ulcération se creuse au-dessous de la précédente.

Cure déclive, paraminan et antibiotiques (1) ne modifient pas l'évolution. On envisage alors une exérèse lobaire, mais le malade quitte le service contre avis médical.

En résumé : malgré un manque de recul dans le temps, nous rangeons cette intervention parmi les échecs complets par inertie cavitaire.

(1) Streptomycine par voie générale ainsi qu'en aérosols associée à de la hyaluronidase.

C. — CENTRE DEPARTEMENTAL
DE PHTISIOLOGIE.

OBSERVATION N° 35

Laff... Louis, 24 ans.

Le 4 janvier 1950 : entre à la clinique Laënnec après une hémoptysie d'importance moyenne ; tuberculose pulmonaire infiltrative diffuse précoce qui s'ulcère secondairement dans la région sous-claviculaire gauche et devient bacillifère. Après l'administration de 63 grammes de streptomycine, un pneumothorax gauche est créé le 2 mars 1950.

Le 28 avril 1950 : pleuroscopie : « libération partielle du sommet ; un gros élément court, médiastinal et postérieur, est insécable ».

Le 3 juin 1950 : deuxième pleuroscopie : apicolyse rapidement abandonnée en raison de l'épaisseur du système adhérentiel et de la brièveté de la distance pariéto-parenchymateuse.

Le 12 juillet 1950 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Le 15 juillet : petite réaction liquidienne et soufflage cavitaires.

Le 16 juillet : sous contrôle endoscopique, on pratique un décaillotage et une ponction de 300 cm³ de liquide séro-hématique.

En janvier 1951 : l'expectoration est toujours bacillifère, bien qu'après contrôle tomographique on ne puisse mettre en évidence aucune image de perte de substance d'un côté ni de l'autre. Un examen bronchoscopique vient alors révéler une tuberculose bronchique.

Elle est traitée par antibiotiques (P. A. S. *per os* et 50 grammes de streptomycine), tandis que le collapsus est entretenu en détente pendant un mois. Des contrôles bronchoscopiques permettent de suivre la guérison de la tuberculose bronchique, qui est complète en avril 1951 ; les bacilloscopies sont alors négatives ; le pneumothorax est sec.

Actuellement, le collapsus est toujours vaste, sec, efficace et souple ; il est entretenu toutes les trois semaines avec 150 cm³ d'air depuis trois ans.

En résumé : excellent résultat obtenu malgré la redoutable concomitance d'une tuberculose bronchique qui n'a heureusement pas laissé de sténose, en raison d'une biothérapie précoce.

OBSERVATION N° 36

Boul... Joseph.

En octobre 1949 : infiltration massive du poumon droit, ulcérée dans la région sous-claviculaire. Après streptomycinothérapie, on crée, le 4 décembre 1949, un pneumothorax droit. Le sommet reste adhérent dans la région médiastinale.

En juin 1950 : l'expectoration est toujours bacillifère ; pleurésie droite ; reprise de la biothérapie (entre octobre 1949 et juillet 1950 le malade a reçu 130 grammes de streptomycine et 800 grammes de P. A. S.).

En juillet 1950 : pleuroscopie : adhérences insécables.

Le 16 septembre : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Collapsus satisfaisant ; épanchement séro-hématique ponctionné le deuxième jour, puis tous les quatre jours pendant un mois.

Secondairement pleurésie purulente sans B.K. ; une symphyse médiastinale se développe et la caverne demeure inerte.

En janvier 1951 : bilatéralisation broncho-pneumonique fébrile, puis excavation volumineuse de la région sous-claviculaire gauche.

En mai 1951 : pneumothorax gauche, total d'emblée ; évolution sous le double collapsus.

Le 20 septembre 1951 : double perforation et décès le 27 septembre 1951.

Commentaires : l'échec de l'intervention n'est pas surprenant. En effet, qu'espérer d'un complément de collapsus réalisé dix mois après la création d'un pneumothorax sur une plèvre vraisemblablement déjà tuberculisée depuis près de trois mois par un épanchement bacillifère ? Comment, d'autre part, juguler une poussée évolutive bilatérale alors que la biothérapie a déjà été utilisée antérieurement de façon massive ?

OBSERVATION N° 37

Sing... Emile, 50 ans.

Le 17 juin 1950 : entre à la clinique Laënnec. Aux rayons X : infiltration non homogène de la moitié supérieure du poumon gauche, ulcérée dans la région sous-claviculaire ; bacilloscopie positive.

Le 6 septembre 1950 : pneumothorax gauche, 10 grammes de streptomycine.

Radiologiquement, il existe une image de symphyse axillaire haute avec « bulle médiastinale » ; soufflage cavitairé progressif. (L'ulcération atteint le volume d'une mandarine). Le pneumothorax demeure sec, l'expectoration bacillifère.

Le 1^{er} décembre 1950 : opération de Sebestyen (1) sous anesthésie locale ; le lendemain, ponction de 950 cm³ de liquide séro-hématique.

Le 6 décembre : décaillotage sous pleuroscopie ; le 12 janvier, l'expectoration demeurant bacillifère, on pratique un examen bronchoscopique qui révèle une sténose serrée de la bronche souche gauche. Après dix-sept bongirages progressivement croissants, le calibre est sensiblement normal.

En juin 1951 : bacilloscopie négative.

Plus d'image cavitairé en tomographie. Le pneumothorax demeure sec et vaste, malgré une petite symphyse de base qui ne progresse pas.

En juin 1953 : le collapsus est toujours entretenu à domicile ; il est sec et efficace depuis trois ans.

En résumé : bons résultats, malgré la concomitance d'une sténose bronchique heureusement réversible après traitement endobronchique.

OBSERVATION N° 38

Pal... Henri, 27 ans.

Le 28 juillet 1950 : entre à la clinique Laënnec avec une lobite supérieure droite excavée : bacilloscopie positive. Des examens stratigraphiques mettent en évidence une ulcération

(1) sans pleuroscopie préalable.

rétro-claviculaire de la dimension d'une pièce de cinq francs. Ce malade reçoit alors 30 grammes de streptomycine (à la dose de 1 gramme par jour).

Le 30 août 1950 : un pneumothorax droit est créé ; bridé au sommet.

Le 8 avril 1951 : *pleuroscopie* : « symphyse apico-médiastinale non libérable ».

En décembre 1951 : symphyse de base ; bacilloscopie positive.

Le 9 janvier 1952 : *opération de Sebestyen* sous anesthésie locale. La plèvre, très fragile, se déchire dans le premier temps de l'intervention ; finalement la poche exo-endo-pleurale obtenue n'est pas très vaste en raison de la symphyse de base préexistante.

Un épanchement important et récidivant nécessite ensuite des ponctions multiples ; le liquide devient puriforme, mais demeure amicrobien ; finalement lavages pleuraux et antibiotiques locaux assèchent la cavité *en mai 1952*.

Bacilloscopies négatives depuis *février 1952*.

La symphyse de base ne progresse pas et le collapsus peut être entretenu de façon satisfaisante.

En juin 1953, le collapsus, toujours entretenu, demeure sec et efficace.

Commentaires : bien que l'intervention ait eu lieu quatorze mois après la création du collapsus, sur une plèvre déjà symphysée à la base, le résultat est satisfaisant.

OBSERVATION N° 39

Bela... Mouloud, 33 ans.

Le 26 mai 1951 : entre au C.D.P. porteur d'un pneumothorax créé à l'hôpital de Mende en juillet 1950, pour une ulcération bacillifère du sommet droit. Il y reçoit en outre 700 grammes de streptomycine entre juin 1950 et mai 1951 !...

Le 31 mai 1951 : *pleuroscopie* : « adhérence serrée en couronne autour de l'apex. Aucune tentative de section ».

Le 11 juin 1951 : *opération de Sebestyen* sous anesthésie locale ; le lendemain, en radioscopie : ballonnisation cavitaire et petit épanchement de base ; une bronchoscopie, réalisée aussitôt, met en évidence une plicature et un œdème de la bron-

che lobaire supérieure droite qui est adrénalisée ; le malade est mis en cure décline et reçoit des bronchodilatateurs en aérosols et par voie intra-veineuse, sans changement appréciable.

Le malade demeure très fébrile (la température se maintient en plateau à 40° depuis le surlendemain de l'intervention).

Le 24 juin, apparaît une agitation psycho-motrice intense avec délire d'agressivité et finalement défenestration et décès quelques heures plus tard.

On ne pratique ni ponction lombaire ni contrôle nécropsique ; il est donc difficile de préciser la nature exacte de cet épisode méningo-encéphalique terminal ; peut-être s'agit-il d'une méningo-encéphalite foudroyante par dissémination bacillaire après l'intervention ?

En résumé : échec à la suite d'un épisode méningo-encéphalique aigu ; soufflage cavitaire post-opératoire.

OBSERVATION N° 40

Tort... Raphaël, 29 ans.

En mai 1951 : entre au C. D. P. porteur de deux pneumothorax incomplets :

un pneumothorax droit, créé le 2 septembre 1947 pour une ulcération sous-claviculaire droite ;

un pneumothorax gauche, créé le 28 février 1948 pour une ulcération sous-claviculaire gauche.

Des pleurolyses incomplètes à gauche et à droite furent successivement pratiquées à l'hôpital de Nîmes, au sanatorium de Roquefraïche et à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. L'expectoration est demeurée constamment bacillifère.

Le 25 juillet 1951, des tomographies bilatérales mettent en évidence :

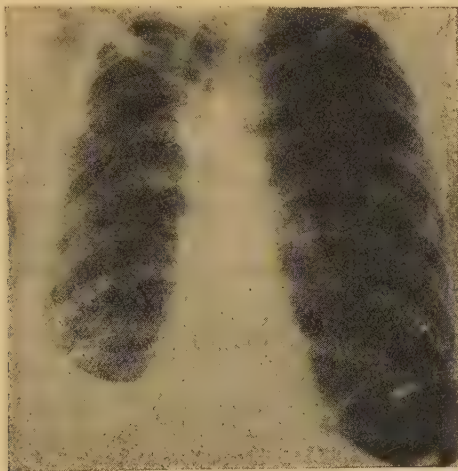
1° à gauche, un pneumothorax symphysé dans la région axillaire, mais aucune ulcération résiduelle sous-jacente ;

2° à droite, un pneumothorax largement bridé au sommet et ulcération résiduelle de l'apex de la dimension d'une pièce de cinq francs. Les deux poches sont sèches.

Le 4 août 1951 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Un épanchement important et récidivant se développe, d'abord séro-hématique, puis séro-fibrineux.

Cinq ponctions, associées à des lavages pleuraux au P.A.S., et échelonnées entre le mois d'août et le mois d'octobre, assèchent la cavité, après une évacuation totale de trois litres de liquide.



*Le 3 août 1953 : a) à gauche, pneumothorax intra-pleural ;
b) à droite, pneumothorax complété par opération de Sebestyen deux ans après intervention.*

Le malade est ensuite soigné au sanatorium Bellevue, où les deux pneumothorax demeurent secs et efficaces. Des contrôles tomographiques ne permettent plus de retrouver d'ulcération résiduelle.

Les deux collapsus sont entretenus régulièrement en pressions négatives pendant deux ans et le malade regagne son domicile *en août 1953*.

Commentaires : bien qu'ayant été réalisée quatre ans après la création du collapsus, l'intervention a été suivie d'un succès complet.

La souplesse de la poche médico-chirurgicale peut s'expliquer par l'absence totale de réaction liquidienne dans un

pneumothorax incomplet entretenu pendant quatre ans et sur lequel furent pratiquées à deux reprises des sections de brides incomplètes !...

Ce fait exceptionnel ne constitue évidemment pas un argument valable pour différer le complément chirurgical d'un pneumothorax incomplet.

OBSERVATION N° 41

Andr... Ginette, 17 ans.

Le 26 juin 1951 : entre au C.D.P. porteuse d'une ulcération sous-claviculaire droite de la dimension d'une pièce de deux francs. Son expectoration est bacillifère.

Cette malade avait reçu antérieurement 90 grammes de streptomycine et 900 grammes de P.A.S. (*per os*) pour une lobite supérieure droite.

Le 3 juillet : un pneumothorax droit est créé.

Le 19 juillet : *pleuroscopie* : « le sommet est largement suspendu par un système adhérentiel en collerette prolongé par un système postérieur ». La pleurolyse n'est que très incomplète.

Le 17 août 1951 : deuxième pleuroscopie : on renonce à poursuivre la libération du sommet par voie endopleurale.

Le 29 août 1951 : *opération de Sebestyen* sous anesthésie locale et par voie axillaire.

Suites compliquées : un syndrome hémorragique de la 36^{me} heure oblige à une réintervention d'urgence, au cours de laquelle on enlève de gros caillots qui coiffaient le sommet.

Secondairement, une symphyse axillaire et antérieure s'établit de façon précoce malgré des insufflations répétées.

Puis un épanchement purulent à staphylocoque nécessite des ponctions et lavages pleuraux multiples avec injections d'antibiotiques « *in situ* ».

La poche est très réduite ; elle est néanmoins entretenue tous les dix jours jusqu'en *février 1952* et les bacilloscopies se négativent ; mais en *mars 1952* la symphyse est totale et l'expectoration redevient bacillifère ; des examens tomographiques montrent en outre une ulcération résiduelle ; on pose alors l'indication d'une thoracoplastie que refuse la malade.

Commentaires : l'échec de cette intervention, après de graves complications hémorragique et infectieuse, est due, en grande partie, à la voie d'accès, qui ne permet pas une « mise au net » satisfaisante de la zone de transition pleuro-extra-pleurale et favorise par suite une symphyse rapide ; aussi avons-nous abandonné cette voie d'accès et n'observons-nous plus de symphyse axillaire précoce.

OBSERVATION N° 42

Tou... Marcel, 44 ans.

Est porteur d'un pneumothorax droit institué en *juin 1949* pour collaber une ulcération sous-claviculaire externe.

En décembre 1949 : une section de brides incomplète laisse persister un très important système apico-externe.

En octobre 1951 : entre au C. D. P. ; son expectoration est toujours bacillifère.

Le 20 novembre 1951 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites compliquées : dès le lendemain, *emphysème sous-cutané* assez important de la région cervico-thoracique ; ponctions de liquide séro-hématique et insufflations parviennent à maintenir une poche satisfaisante qu'une révision endoscopique permet de nettoyer et de mettre au net le *1^{er} décembre 1951*.

Actuellement (*en juin 1953*) le collapsus est entretenu sans incident toutes les trois semaines. Il est vaste (sans symphyse de base), sec et efficace depuis dix-huit mois.

En résumé : résultats excellents.

OBSERVATION N° 43

Vid... Georges, 29 ans.

Le 8 novembre 1951 : entre au C. D. P. porteur d'ulcérations multiples du lobe supérieur gauche. Bacilloscopie positive.

Le 16 novembre : un pneumothorax gauche est créé ; tout le sommet reste adhérent, sauf en dedans, où l'on distingue nettement une petite bulle médiastinale.

Aussi juge-t-on inutile de tenter une libération par voie endopleurale et réalise-t-on directement, le 15 décembre, une *opération de Sebestyen* sous anesthésie générale.

Trois ponctions de liquide séro-hématique sont effectuées dans la première semaine et permettent de retirer 1.500 cm³ de liquide.

Le dixième jour, une révision endoscopique permet de dissocier de nombreux caillots cruoriques et de morceler à l'anse froide des cordons fibrineux. Les bacilloscopies se négativent dès janvier 1952 ; mais l'épanchement se reproduit et devient purulent. De nombreuses ponctions et lavages pleuraux sont alors nécessaires, avec injection « in situ » de streptomycine, bien que le liquide pleural n'ait jamais contenu de B. K.

En avril, le malade est fébrile, il évolue sous pneumothorax. 30 grammes de streptomycine et 6 grammes d'isoniazide jugulent cette poussée. L'expectoration, qui était de nouveau bacillifère en avril, ne l'est plus en mai.

En juillet, il persiste un petit épanchement puriforme asseptique et une symphyse de base ; il n'y a pas radiologiquement d'ulcération résiduelle. Bacilloscopies négatives depuis trois mois. Le collapsus est entretenu toutes les trois semaines ; il admet 200 cm³ d'air, avec des pressions terminales à + 15.

Le malade quitte alors le service et ne donne plus de nouvelles.

Commentaires : nous ne connaissons donc pas les résultats éloignés de cette intervention ; mais l'évolution sous collapsus, l'épanchement purulent et la symphyse de base au sixième mois ne nous permettent que de qualifier de moyen ce collapsus médico-chirurgical, malgré son efficacité secondaire. La sévérité de cette forme poly-ulcérée à potentiel hautement évolutif est la cause probable de ces diverses complications.

OBSERVATION N° 44

Karpek... Matrona, 34 ans.

Le 24 décembre 1951 : entre au C. D. P.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse bilatérale ; bacilloscopie positive. En tomographie : ulcération para-hilaire gauche de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le 18 janvier 1952 : un pneumothorax gauche est créé. Radiologiquement, il y a une « bulle médiastinale » ; sous pleuroscopie, le système adhérentiel se révèle habité, seules quelques brides postéro-inférieures sont sectionnées.

Le 24 mai 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie générale. Le surlendemain : ponction de 400 cm³ de liquide sanglant.

Assez rapidement s'amorce une petite symphyse de base qui ne progresse pas.

En juillet 1952 : bacilloscopie négative. Plus d'image d'ulcération visible sur les examens radiologiques ; petit épanchement résiduel séro-fibrineux.

En juillet 1953 : pneumothorax sec, efficace depuis un an, mais la symphyse de base ne lui permet plus d'admettre que 150 cm³.

En résumé : résultats éloignés assez satisfaisants, malgré petite symphyse de base.

OBSERVATION N° 45

Mora... Antoine, 58 ans.

Le 13 avril 1952 : entre au C. D. P. après une hémoptysie. Infiltration nodulaire du lobe supérieur gauche et vaste ulcération axillaire postérieure du volume d'une mandarine. Bacilloscopie positive.

Le 3 mai 1952 : création d'un pneumothorax. Radiologiquement, il existe une large adhérence apicale et une « bulle médiastinale ».

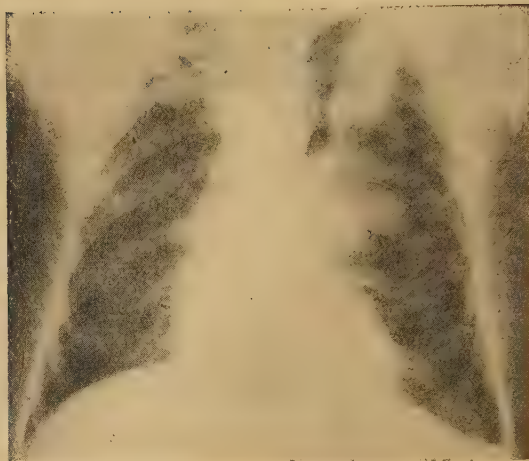
Le 14 juin 1952 : pleuroscopie : « sommet attaché par plusieurs piliers très courts, entre lesquels le parenchyme adhère intimement à la paroi ; pas de section ».

Le 1^{er} juillet 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

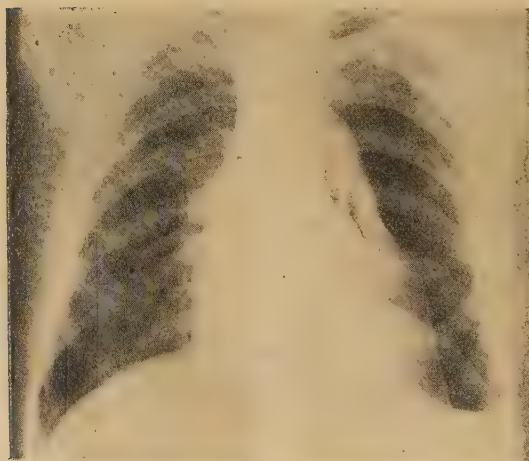
Suites excellentes : le pneumothorax demeure absolument sec pendant vingt jours ; une petite réaction séro-fibrineuse apparaît alors et se résorbe spontanément en un mois.

Le 20 août : un contrôle stratigraphique ne permet plus de retrouver d'image cavitaire. Les bacilloscopies mensuelles demeurent

OBSERVATION N° 45

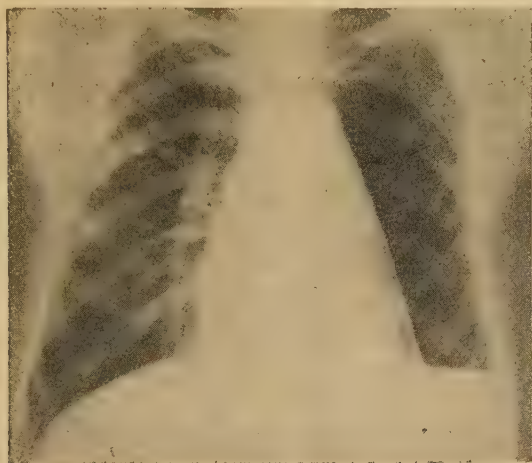


Le 23 mai 1952 : indication typique d'une opération de Sebestyen. « Bulles médiastinales ».



Le 22 juillet 1952 : trois semaines après opération de Sebestyen.

rent constamment négatives jusqu'en décembre, date à laquelle le malade quitte le service, avec un vaste pneumothorax sec et efficace.



Le 2 septembre 1952 : deux mois après opération de Sebestyen petit épanchement de base.

Commentaires : l'absence totale de réaction séro-hématique post-opératoire doit être signalée car c'est un fait exceptionnel.

La souplesse remarquable de ce collapsus au bout de six mois nous permet de porter un pronostic excellent sur son avenir, dont nous n'avons pas eu de nouvelles.

En résumé : résultats excellents.

OBSERVATION N° 46

Sier... Marie, 29 ans.

Tuberculose ulcéro-caséuse évolutive du sommet gauche ; bacilloscopie positive.

Un pneumothorax gauche est créé en octobre 1951, après streptomycinothérapie ; un examen pleuroscopique révèle deux vastes systèmes adhérentiels, apical et axillaire, insécables.

Le 8 juillet 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie générale ; le surlendemain, ponction de 400 cm³ de liquide sanglant.

En août 1952 : une vaste symphyse postérieure fait décider l'abandon du collapsus.

En septembre 1952 : talcage et exsufflation, suivis d'un pyothorax, sans B. K.

Commentaires : nous manquons de renseignements suffisamment précis sur les suites opératoires ; des lavages et des insufflations précoces et répétées auraient peut-être enrayé cette symphyse, dont nous comprenons difficilement le développement si rapide ; une révision endoscopique ou même une réintervention précoce auraient pu également être pratiquées.

De toute façon, actuellement, il est peu probable que nous enregistrons dans de pareilles conditions un pareil échec, car nous disposons maintenant de streptokynase.

OBSERVATION N° 47

Cru... Vincent, 35 ans.

Le 27 mai 1952 : entre au C.D.P. après une hémoptysie importante. Il est porteur d'une ulcération inter-cléido-hilaire gauche au centre d'images nodulaires disséminées dans le lobe supérieur gauche. Bacilloscopie positive.

Le 5 juin : création d'un pneumothorax gauche.

Le 26 juillet 1952 : pleuroscopie : « système adhérentiel apical, antérieur, postérieur et interne très complexe, insécable ».

Bien qu'une seule adhérence vélamenteuse antérieure ait pu être sectionnée, l'intervention est suivie d'un petit épanchement séro-fibrineux.

Le 9 septembre 1952 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Suites simples : trois ponctions, les 11, 12 et 15 septembre, permettent de retirer 1.100 cm³ de liquide sanglant, puis séro-hématique. Dès le 23 septembre, bacilloscopies négatives.

En mars 1953 : contrôles tomographiques : pas d'image cavitaire ; le pneumothorax demeure vaste, souple, sec et efficace jusqu'en mai 1953, date à laquelle le malade regagne son domicile.

En résumé : excellents résultats.

OBSERVATION N° 48

Serr... Florentin, 49 ans.

Le 11 octobre 1952 : entre au C. D. P.

Il est atteint de silico-tuberculose ulcérée dans la région sous-claviculaire gauche. Bacilloscopie positive.

Le 24 octobre : création d'un pneumothorax gauche. Il adhère au sommet, mais sa face médiastinale est libre.

Le 2 janvier 1953 : pleuroscopie : « le sommet est largement attaché et ne peut être libéré par voie endoscopique ».

Le 30 janvier 1953 : opération de Sebestyen sous anesthésie locale.

Un épanchement séro-hématique banal est ponctionné le surlendemain, mais la caverne ne se rétracte que tardivement, après aérosols de streptomycine et de hyaluronidase.

Le 17 mars 1953 : perforation et pleurésie tuberculeuse. Les antibiotiques sont repris par voie générale et locale, associés à des ponctions et lavages pleuraux pendant deux mois.

En juillet 1953 : les bacilloscopies sont négatives ; le pneumothorax est alors sec.

En août 1953 : contrôles tomographiques : symphyse de base qui remonte à trois doigts au-dessous de la coupole diaphragmatique ; plus d'image cavitaire.

Commentaires : l'efficacité tardive de l'intervention pouvait être prévue, car il s'agissait d'une silico-tuberculose. L'heureux effet des aérosols de streptomycine et de hyaluronidase sur l'inertie cavitaire mérite d'être signalé.

La pleurésie tuberculeuse, jugulée en deux mois par les lavages et les antibiotiques, ne compromet que partiellement l'avenir fonctionnel du collapsus, que l'on peut espérer maintenant entretenir sans incident.

En résumé : bons résultats, malgré perforation sur une silico-tuberculose peu sensible, en général, à la collapsothérapie.

OBSERVATION N° 49

Sanc... André, 37 ans.

Le 26 décembre 1952 : entre au C.D.P. au décours d'une hémoptysie de moyenne abondance ; bacilloscopie positive.

Aux rayons X : infiltration nodulaire ulcérée de la région inter-cléido-hilaire gauche.

Le 3 janvier 1953 : institution d'un pneumothorax gauche, bridé au sommet.

Le 3 février : *pleuroscopie* : un système adhérentiel apical cordoniforme, très serré, est sectionné ; mais il persiste un autre système apico-interne qu'une seconde pleuroscopie, pratiquée le 28 février, révèle insécable.

Puis, petit épanchement séro-fibrineux qui ne se résorbe qu'au bout de deux mois.

Le 18 mai 1953 : *opération de Sebestyen* sous anesthésie générale.

Suites opératoires fébriles : la température se maintient en plateau à 39° pendant cinq jours. Phlegmon pariétal ; il ne régresse que partiellement sous l'effet des antibiotiques. En outre, l'épanchement intra-pleural devient purulent, lavages et antibiotiques locaux se révèlent insuffisants.

Drainage dorsal bas ; fistule. Secondairement, collection purulente dans la région lombaire et nouvelle fistule qui communique avec la poche pleurale.

En août 1953 : bacilloscopies positives. Les orifices fistuleux, dorsal et lombaire ont la dimension d'une pièce de dix sous ; ils ne semblent pas tuberculisés.

Commentaires : cette grave complication infectieuse pleuro-pariétale compromet de façon probablement définitive l'avenir de ce collapsus.

Un matériel de suture mal stérilisé est-il en cause ? C'est probable. La preuve n'a pu en être administrée formellement.

De tout éfaçon : échec.

OBSERVATION N° 50

Duv... Simone, 24 ans.

Est atteinte de tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit, dépistée à l'occasion d'un examen radioscopique systématique en *février 1953*. Bacilloscopie positive.

Le 4 mars 1953 : institution d'un pneumothorax droit ; bridé au sommet ; libération partielle au cours de deux examens pleuroscopiques, le *29 avril* et le *25 mai*.

Le 26 mai : opération de *Sebestyen* sous anesthésie locale. Suites opératoires très simples : la température ne dépasse pas 38° ; le *6 juin*, on retire 200 cm³ de liquide séro-hématique.

Le 10 juin : la malade regagne son domicile.

En septembre : pneumothorax sec, souple, vaste et efficace.

En résumé : excellents résultats.

INDICATIONS

Lorsque SEBESTYEN a décrit sa technique de pleurolyse chirurgicale complémentaire, il n'en a pas indiqué de façon très précise les indications. Il ne parle pas en effet des caractères ni de la diffusion lésionnelle et ne s'occupe que de la topographie symphysaire ; sont justiciables, pour lui, de cette intervention : les pneumothorax incomplets avec symphyse apicale et face médiastinale libre.

PICARD-LEROY, au contraire, ne s'occupe que de la topographie lésionnelle et de l'état de la plèvre.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce dernier point : une plèvre saine et souple constitue une condition indispensable pour réaliser une opération de Sebestyen.

Quant à l'étude de la topographie lésionnelle, PICARD-LEROY en tire des conclusions pour le moins inattendues : en effet, n'avons-nous pas eu la surprise de lire sous sa plume que les lésions limitées au lobe supérieur constituent une contre-indication formelle !

Car, dit-il : « il ne faut pas risquer de léser fonctionnellement la base, et nous pensons qu'il faut alors avoir recours à une collapsothérapie de substitution ». Cette attitude nous paraît bien étrange.

En cas de lésion limitée du lobe supérieur, il faudrait donc réaliser une collapsothérapie de substitution, c'est-à-dire une thoracoplastie ou un pneumothorax extra-pleural. M. PICARD-LEROY envisage d'ailleurs cette double éventualité et en signale les inconvénients, sauf le fait qu'il s'agit, pour une thoracoplastie, d'un collapsus définitif. Cette éventualité doit cependant bien être considérée lorsqu'il s'agit en particulier de lésions bilatérales (qui d'ailleurs peuvent toujours le devenir lorsqu'elles ne sont initialement qu'unilatérales).

Quant au pneumothorax extra-pleural, il posséderait l'avantage essentiel sur le pneumothorax mixte de « respecter presque intégralement l'importante fonction de base » !

Nous ne partageons pas du tout ce point de vue.

SIFFLET admet également que la diminution de la valeur fonctionnelle par symphyse de base partielle n'est pas plus importante que celle qui accompagne les symphyses artificielles ou le pneumothorax extra-pleural.

Nous pensons même que cette atteinte fonctionnelle de la base doit être moins marquée après un pneumothorax mixte.

D'autre part, comme le fait remarquer SIFFLET, toutes les interventions de substitution sont accompagnées du risque de reprise évolutive pendant la période intercalaire de réexpansion pulmonaire.

En définitive cette question de topographie lésionnelle ne semble revêtir (et c'est également l'avis de la plupart des auteurs) qu'une importance secondaire.

Beaucoup plus intéressante par contre nous paraît être l'étude des caractères et de la diffusion lésionnelle : une vaste caverne corticale constitue très souvent une contre-indication, mais ne constitue-t-elle pas également une contre-indication de tout collapsus ? Il est bien difficile parfois de se prononcer.

Les dangers de perforation inhérents à de telles lésions ont conduit de nombreux auteurs à réaliser des exérèses dont l'étendue est fonction des lésions associées. Nous pensons également qu'une exérèse doit être envisagée en présence d'une ulcération corticale dont la taille dépasse le volume d'une mandarine.

Quant à la diffusion des lésions, elle ne peut qu'exceptionnellement, à notre avis, constituer une contre-indication de l'*opération de Sebestyen*.

Nous ne pensons pas qu'un collapsus (quelle qu'en soit la nature) du poumon opposé contre-indique l'intervention, sauf si la création du second collapsus, bien qu'incomplet, est à l'origine d'un déficit respiratoire notable.

Pour HOUNEAU, un pneumothorax opposé constitue un cas limite ; pour MAGNIN et pour PICARD-LEROY, une contre-indication ; ce dernier auteur, en pareil cas, préfère réaliser une thoracoplastie.

Contrairement à la topographie lésionnelle, la *topographie symphysaire* joue un rôle prépondérant dans l'indication d'une *opération de Sebestyen*.

Comme l'auteur de la méthode, nous pensons que la symphyse doit être peu étendue et que la face médiastinale doit être libre.

Une symphyse étendue du lobe supérieur, en effet, entraîne un décollement extra-pleural plus vaste et plus hémorragique, que ne nous paraît pas nécessiter un pneumothorax à la limite du collapsus contro-électif ; une opération de substitution nous semble alors plus indiquée.

Mais c'est surtout la liberté de la face médiastinale qui nous paraît indispensable.

SEBESTYEN lui-même le précise nettement ; il en donne la raison suivante : cette région est riche en éléments lymphatiques qui seraient lésés au cours d'un décollement extra-pleural et seraient alors à l'origine d'épanchements purulents.

La relative rareté des épanchements purulents dans les suites normales du pneumothorax extra-pleural nous paraît infirmer cette théorie ; nous pensons plutôt que la résection de la collerette pleurale dans cette région est difficile à réaliser de façon satisfaisante : les petits lambeaux pleuraux non réséqués au ras de la paroi sont alors à l'origine de néo-symphyses précoces ; d'autre part, l'effraction des tissus celluloux au cours du décollement médiastinal joint à la forte poussée diaphragmatique (1) post-opératoire constituent d'excellentes conditions au développement d'un emphysème sous-cutané cervico-thoracique.

Au terme de l'étude des différentes circonstances anatomo-cliniques qui conditionnent, pour nous, l'indication d'une *opération de Sebestyen*, persiste l'objection que font à cette méthode les partisans des procédés endoscopiques, c'est-à-dire essentiellement de l'opération de Michetti.

Pourquoi, disent-ils, s'adresser à une intervention chirurgicale plus choquante et plus grave, alors que la voie endoscopique permet aussi bien de désinsérer les symphyses qui rendaient le pneumothorax incomplet et inefficace ?

C'est en particulier l'attitude de BONNIOT, pour qui la plupart des symphyses pleurales relèvent de l'opération de Michetti.

Pierre BOURGEOIS, par contre, estime que les résultats éloignés du « Michetti » sont très souvent défavorables et que la méthode chirurgicale est plus sûre et moins dangereuse.

(1) Poussée qui n'existe pas ou qui est beaucoup moins importante dans le pneumothorax extra-pleural dont la face diaphragmatique est rarement libre et dont la poche, dès le début, est moins souple qu'une poche intra-pleurale.

En effet, comme le fait très justement remarquer PICARD-LEROY : « Le principal écueil tient à la technique même de la méthode, obligeant à travailler à bout d'instruments, par une porte d'entrée souvent éloignée de la zone à décoller, un étroit champ de vision monoculaire contrôlant le travail de décollement ».

Nous ajouterons que le risque de blessures parenchymateuse et surtout vasculaire étant beaucoup plus grand qu'en travaillant à ciel ouvert, on est finalement (en cas d'accident) obligé d'avoir recours à la voie chirurgicale... s'il en est encore temps !

En outre, si la méthode chirurgicale est peut-être un peu plus choquante (ce que contestent d'ailleurs certains auteurs) elle est en général beaucoup plus rapide.

Mieux vaut donc, tout bien pesé, s'adresser à la chirurgie que de « pratiquer des désinsertions acrobatiques et périlleuses ».

En résumé, nous concevons les indications opératoires de la façon suivante :

Un pneumothorax incomplet et inefficace nécessite un complément chirurgical selon la méthode de Sebestyen lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° existence d'une symphyse apicale d'étendue limitée, avec liberté de la face médiastinale ;

2° symphyse ne pouvant être totalement libérée par voie endoscopique (plusieurs contrôles pleuroscopiques sont parfois nécessaires) ;

3° plèvre saine (absence de granulations et de réaction liquidienne) après contrôles radiographique et pleuroscopique ;

4° ulcération sous-jacente non dangereuse, c'est-à-dire non corticale et de volume inférieur à celui d'une mandarine ;

5° pneumothorax récent, c'est-à-dire datant de moins de quatre mois.

En outre, un contrôle bronchoscopique préalable, sans être indispensable, nous paraît très utile.

Nous n'avons malheureusement pas pu opérer constamment dans de pareilles conditions, recevant trop souvent (comme le montre la publication de nos observations) des malades porteurs de pneumothorax incomplets et inefficaces entretenus depuis huit mois, un an, deux ans (observ. n° 42) et même quatre ans (observ. n° 40).

Il s'agit dans de tels cas d'intervention de « nécessité » et non de « principe », dont la justification a été apportée par le bon résultat final obtenu.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

La préparation d'une opération de Sebestyen est simple. Passons sur les soins hygiéno-diététiques courants (qui précèdent toute intervention chirurgicale) pour insister sur quelques points particuliers.

1° Les investigations pré-opératoires :

nous estimons qu'un examen pleuroscopique doit être systématique, car il existe bien des discordances entre l'opinion que l'on a de pouvoir réaliser une pleurolyse, après l'examen de clichés radiographiques et même tomographiques d'une part, et après examen endoscopique d'autre part ;

nous pensons également qu'une investigation endobronchique devrait aussi être systématique ;

nous n'avons malheureusement pas suivi cette méthode ; peut-être eussions-nous eu alors moins d'inerties cavitaires et, par suite, d'échecs à déplorer ; car des lésions bronchiques associées auraient pu être traitées avant la réalisation de l'intervention ; intervention dont on pourrait même rejeter définitivement l'indication en car d'irréversibilité confirmée de ces lésions bronchiques.

Une ponction pleurale évacuatrice nous paraît également indispensable lorsqu'il existe déjà une petite réaction liquidienne, séro-fibrineuse et récente : elle devra être pratiquée la veille de l'intervention afin d'opérer sur une plèvre sèche.

2° Les soins pré-opératoires proprement dits :

— Les *antibiotiques* pré-opératoires doivent également être systématiques ; mais hélas, que penser parfois de leur efficacité, lorsqu'ils ont déjà été employés de façon massive dans le seul but de fermer une caverne tuberculeuse !...

Nous associons actuellement presque toujours streptomycine, isoniazide et P. A. S. intra-veineux pendant les huit jours environ qui précèdent l'intervention.

Leur administration est quotidienne pour l'isoniazide et le P. A. S., bi ou tri-hebdomadaire pour la streptomycine.

Cette posologie s'applique aux formes chroniques, non ou peu évolutives. Elle peut être modifiée selon la dose d'antibiotiques précédemment administrée ou selon l'importance du processus évolutif ou de la diffusion lésionnelle.

Pour compléter cette préparation opératoire, nous administrons enfin des *coagulants*, et en particulier de la vitamine K, à la dose de 150 à 200 mg. par jour, pendant trois jours, ainsi qu'un « cocktail » vitaminique (A, C et P) à doses moyennes.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

L'anesthésie loco-régionale avec petite anesthésie de base (2 sédols) nous paraît de beaucoup préférable à l'anesthésie générale. Il s'agit en effet d'une intervention relativement courte et peu choquante. D'autre part, les suites opératoires immédiates nous ont paru beaucoup plus simples sous anesthésie locale, car il est possible de suivre le malade dans de bien meilleures conditions :

1° un examen radioscopique et souvent même radiographique peut être pratiqué immédiatement après l'intervention (nous en verrons plus loin l'utilité) ;

2° le malade est beaucoup plus docile : il peut (aidé par les médications appropriées) contrôler en grande partie sa toux, conserver la position requise, se mobiliser dans son lit de façon plus précoce ;

3° les ponctions ou les lavages pleuraux (très précoces parfois) sont beaucoup plus aisés.

Sur nos 50 observations, 38 (76 %) ont été pratiquées sous anesthésie locale et 12 (24 %) sous anesthésie générale (à la demande expresse des malades).

A quelques détails de technique près, nous suivons exactement la méthode décrite par Jules SEBESTYEN en 1933. Précisons encore que cette méthode ne comporte ni vaste décollement extra-pleural en dehors de la zone symphysée comme le conseille Pierre BOURGEOIS, ni suture pleurale comme l'indique PICARD-LEROY ; cet auteur préconise en outre une électro-coagulation de la ligne de désinsertion pleurale car, dit-il : « la majeure partie des échecs de la méthode vient de l'inobservation de cette précaution ».

Or, sur 20 interventions, il obtient 7 bons résultats éloignés, c'est-à-dire 35 %. Sur 50 interventions, nous en obtenons 39, c'est-à-dire 78 %, alors que nous n'électrocoagulons jamais la ligne de désinsertion pleurale !

Les chiffres semblent juger cette petite controverse.

L'incision utilisée par le professeur MOURGUE-MOLINES est une incision inter-scapulo-vertébrale, curviligne, à concavité supérieure ; on encoche alors de façon plus ou moins prononcée le trapèze et le grand dorsal et l'on dissocie le rhomboïde, que l'on sectionne parfois partiellement.

Puis l'on soulève et l'on décolle assez largement le fascia extra-thoracique de Gilis (lorsque ce dernier n'est pas trop grêle).

Après section de mobilisation de la 4^{me} ou de la 5^{me} côte (selon les cas) dans son tiers postérieur, on aborde au tampon monté le décollement de la zone symphysée dans le plan extra-pleural.

Les deux poches ainsi créées (intra-pleurale de base et extra-pleurale du sommet) sont alors séparées par un diaphragme translucide constitué par la plèvre pariétale ; en son centre, en général, adhère le parenchyme pulmonaire, coiffé de la symphyse.

Il ne reste plus qu'à réséquer la collerette pleurale qui entoure le sommet pour transformer les deux poches en une seule, mixte, endo-exo-pleurale ; pour cela, après ouverture de la plèvre, on la sectionne d'abord à la périphérie, le long de la paroi thoracique, à la limite inférieure du décollement extra-pleural, puis en dedans, au ras de l'adhérence pleuro-parenchymateuse.

Cette partie de l'intervention en constitue le point délicat ; de sa parfaite exécution dépend en grande partie le succès de l'opération, car le moindre lambeau pleural non ou mal réséqué est presque toujours à l'origine d'une symphyse précoce.

La révision de la cavité pleurale n'a été pour nous que très rarement l'occasion de compléter une pleurolyse par une section à ciel ouvert de brides oubliées ou non sectionnées lors des examens endoscopiques préalables. Pour PICARD-LEROY, c'est au contraire un geste « habituel ».

En fin d'intervention, des antibiotiques (pénicilline et streptomycine en poudre) peuvent être placés dans la cavité pleurale.

La paroi est alors refermée par suture de la côte (préalablement percée au villebrequin de deux trous de part et d'autre de la ligne de section).

Puis le fascia extra-thoracique est amené et suturé de façon à rendre plus hermétique la fermeture de la brèche intercostale ; on reconstitue au nylon les deux plans musculaires et l'on fait sur la peau un surjet fin (également au nylon), en ne prenant que les lèvres cutanées.

Dans ses premières interventions, le professeur MOURGUE-MOLINES éclairait le diaphragme de séparation des deux poches extra et intra-pleurales en introduisant dans la cavité pleurale, au-dessous de la brèche opératoire, un pleuroscope ; le découpage de la collerette, en particulier sur son bord pleuro-pulmonaire, était ainsi plus facile et moins dangereux.

Actuellement, il préfère utiliser la lampe souple anglaise, qui est introduite dans la cavité pleurale après effraction du diaphragme de séparation : ce qui évite de pratiquer au trocart une porte d'entrée intra-pleurale.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

La vision radioscopique très précoce, sinon immédiate, du collapsus ainsi obtenu nous paraît indispensable ; c'est elle qui nous guide dans l'entretien de ce collapsus. Nous avons eu parfois la surprise de voir à l'écran, immédiatement après une intervention très satisfaisante, un poumon complètement à la paroi, exigeant une insufflation immédiate.

La position de l'opéré au lit après l'intervention présente, à notre avis, une très grande importance : il doit être d'abord demi-assis, puis très rapidement assis et penché du côté de l'intervention afin d'éviter une symphyse précoce de la zone opératoire et de la gouttière costo-vertébrale.

A ce propos, les symphyses précoces que nous avons observées lors des interventions par voie axillaire nous semblent dues, non seulement à la difficulté de « mise au net de la zone de transition », mais encore au fait que le « bombement expiratoire du poumon » après l'intervention se produit précisément avec le maximum d'amplitude dans la région axillaire où se trouve la plaie opératoire.

L'épanchement post-opératoire, quasi-constant, est d'importance très variable et nécessite des ponctions plus ou moins fréquentes ; la première ponction

doit être pratiquée dès que le niveau liquidien atteint (en radioscopie) trois travers de doigts environ au-dessus du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Nous avons de plus en plus tendance à pratiquer, immédiatement après, un lavage pleural au sérum glucosé isotonique tiède. Nos derniers malades ont été ainsi traités et ont conservé une souplesse pleurale remarquable. La fréquence et l'importance des insufflations seront déterminées par les examens radioscopiques bi-quotidiens que l'on effectuera pendant les deux ou trois premiers jours ; un examen quotidien sera ensuite suffisant pendant huit jours.

Une image floue, opaque, non homogène, noyant les contours du pneumothorax, surtout au sommet, signe la présence de caillots. Si cette image est accompagnée d'un syndrome de choc et d'insuffisance respiratoire, une réintervention d'urgence s'impose, exactement comme après un extra-pleural. Si cette image est isolée, on peut se contenter soit d'une révision endoscopique qui permet un « décaillotage » suffisant, soit d'injection intra-pleurale de streptokynase (une seule injection de 30.000 unités faite après le troisième jour est en général suffisante).

La poursuite du traitement antibiotique, coagulant et vitaminique, se fera pendant trois ou quatre jours environ, aux mêmes doses qu'avant l'intervention. L'administration d'antibiotiques pourra être prolongée en cas d'une hyperthermie persistante ou d'infiltrations associées uni ou bilatérales.

COMPLICATIONS

Les complications de l'opération de Sebestyen sont moins fréquentes et moins graves lorsqu'on les connaît bien et que l'on sait les prévenir et les traiter. Si l'on en a considérablement majoré l'importance, c'est, à notre avis, pour avoir, en partie, méconnu certaines contre-indications, certaines particularités techniques de l'intervention et pour avoir négligé certains soins post-opératoires.

Il n'en demeure pas moins vrai que ces complications existent, nous n'en discutons que la fréquence et l'incidence qu'elles ont sur l'efficacité et l'avenir du collapsus. Nous envisagerons successivement les complications précoces et les complications tardives.

1° COMPLICATIONS PRÉCOCES :

Pour SEBESTYEN, la complication majeure est représentée par *l'emphysème sous-cutané*. (Il n'envisage d'ailleurs que les complications précoces).

C'est également l'opinion de BONNIOT, d'Olivier MONOD et de son élève HOUNEAU qui, dans sa thèse, en relève 3 cas mortels sur 24 interventions. RIESER enfin la signale comme complication importante sans en préciser la fréquence.

Personnellement, nous n'en avons observé que 2 cas sur 50 interventions ; toutes deux ont eu une évolution bénigne, ne nécessitant que des réinsufflations répétées afin de maintenir le poumon à distance de la paroi.

— *Les hémorragies* post-opératoires sont rares. Bien que tous nos épanchements post-opératoires se soient révélés sanglants ou séro-hématiques, aucun n'a été suivi d'anémie aiguë et nécessité de réanimation d'urgence. C'est également l'opinion de la plupart des auteurs ; HOUNEAU en signale néanmoins un cas mortel.

— *Les désunions pariétales* ont été signalées par HOUNEAU également, qui en publie un cas mortel ; nous n'en avons jamais observé.

— *Les perforations* sont moins rares ; elles sont le fait des cavernes superficielles ; nous en avons relevé 3 cas, aucun n'a été mortel.

— *Les atélectasies transitoires* sont signalées par MAGNIN et HOUNEAU ; nous n'en avons pas rencontré.

Signalons une complication précoce et rare : *l'œdème aigu du poumon*, que nous avons observé une fois.

— *Les épanchements séro-hématiques* post-opératoires ne peuvent, à proprement parler, être considérés comme complications : ils sont pratiquement constants ; nous en trouvons 90 % (5 de nos interventions seulement n'ont été suivies d'aucun épanchement).

Envisageons maintenant deux complications précoces qui présentent, à notre avis, une grande importance :

- les symphyses précoces,
- les inerties cavitaires transitoires.

Ces deux complications exigent une thérapeutique appropriée immédiate, sous peine de compromettre de façon définitive l'avenir et l'efficacité du collapsus.

a) Les symphyses précoces

Il s'agit essentiellement de symphyse du sommet ou de la région axillaire, intéressant la zone de décollement extra-pleurale.

Nous distinguons dans les symphyses précoces :

1^o les symphyses organisées, constituées de néoformations fibrineuses ;

2^o les symphyses en voie d'organisation à partir de caillots cruoriques qui, en l'absence de traitement approprié, évolueraient inévitablement vers une symphyse organisée.

Ces symphyses précoces n'ont que fort peu retenu l'attention des différents auteurs :

MAGNIN parle simplement de symphyses capricieuses.

HOUNEAU les cite dans les complications post-opératoires et en souligne la rareté (sur 24 observations de sa statistique, il n'en relève aucune).

Nos constatations sont assez différentes : sur 50 observations, nous en relevons 12, dont 8 en voie d'organisation et 4 organisées.

Sur 12 symphyses, 11 ont été contrôlées directement :

- 9 par révision endoscopique,
- 2 par révision à ciel ouvert.

La douzième a été traitée directement par deux injections intra-pleurales de 20.000 unités de streptokynase à cinq jours d'intervalles avec de bons résultats.

Toutes ont pu être libérées de façon satisfaisante au cours de ces révisions. Il semble que la voie endoscopique soit plus souvent indiquée, car il s'agit d'une petite intervention bénigne et rapide qu'un opéré récent supporte plus facilement qu'une réintervention à ciel ouvert, évidemment plus longue et un peu plus choquante.

Néanmoins, cette dernière méthode est parfois préférable lorsqu'il s'agit de symphyse étendues.

b) Les inerties cavitaires transitoires

Il s'agit là de complications moins fréquentes, qui ne peuvent être appréciées que plus tardivement.

Sur un total de 10 inerties cavitaires, 3 n'ont été que transitoires et ont cédé plus ou moins rapidement aux différentes thérapeutiques mises en œuvre.

Les différentes méthodes que nous avons employées sont les suivantes :

- cure déclive ;
- bronchodilatateurs : inophyline et paraminan par série de 15 à 20 injections intra-veineuses ;
- adrénalisation et dilatation bronchique sous bronchoscopie ;
- streptomycinothérapie sous bronchoscopie ;
- antibiotiques associés (streptomycine, P. A. S. et isoniozide) par voie générale ;
- aérosols de streptomycine et de hyaluronidase pendant deux mois en moyenne.

2° COMPLICATIONS TARDIVES :

Il s'agit essentiellement de complications pleurales :

- épanchements prolongés d'une part,
- symphyses de base non évolutives d'autre part.

a) Les épanchements prolongés :

Si les épanchements prolongés sont presque toujours suivis d'une symphyse de base et d'un épaississement pleural plus ou moins important, les symphyses de base peuvent très bien se réaliser sans épanchement préalable important.

Nous considérons comme prolongé un épanchement qui ne résorbe pas ou que l'on ne peut tarir, par des ponctions répétées, au bout de quatre mois.

Ainsi définis, nous avons observé 5 épanchements prolongés, ainsi répartis :

- 1 épanchement séro-fibrineux,
- 1 épanchement puriforme,
- 1 épanchement purulent à germes banaux
- et 2 épanchements purulents à B. K.

Précisons que tous ont fini par se résorber à la suite de ponctions, lavages et injections « in situ » d'antibiotiques (solufontamide, pénicilline, streptomycine, P. A. S. et isoniazide).

b) Les symphyses de base :

Elles constituent, pour la plupart des auteurs, la complication majeure de l'intervention. Aussi en argue-t-on pour restreindre considérablement les indi-

cations ou pour tout simplement en condamner la méthode de façon radicale.

Cette attitude nous paraît totalement injustifiée.

En effet, une symphyse de base ne compromet l'avenir d'un pneumothorax (quelle qu'en soit la nature) que lorsqu'elle est évolutive, réduisant alors de façon très importante le volume de la poche gazeuse.

« Cette symphyse progressive est le risque le plus important de la méthode », dit PICARD-LEROY.

Risque grave, certes, puisqu'il aboutit à un échec, mais de quelle fréquence ? Ce dernier auteur en signale un cas sur 20 interventions. Nous en avons observé un cas également sur 50 interventions, soit 2 %. Avouons que le risque n'est pas très grand et qu'il ne peut en rien constituer un argument valable pour condamner l'opération.

C'est pourtant le sort que lui a réservé DREYFUS-LE FOYER, après avoir essayé (avec VALLADE) d'éviter cette réaction symphysante de la plèvre en retardant la communication entre les deux poches : le diaphragme pleural n'étant ouvert que secondairement sous pleuroscopie ; la réaction pleurale de base était ainsi effectivement diminuée, mais le diaphragme sectionné, et non excisé, était presque toujours à l'origine d'une symphyse du sommet, beaucoup plus grave, car rendant le collapsus totalement inefficace.

Dans 99 % des cas ces symphyses de base ne sont donc pas évolutives et sont parfaitement compatibles avec l'entretien prolongé (durant trois ou quatre ans) d'un collapsus efficace.

HOUNEAU en a observé 8 cas sur 24 interventions ; nous en avons relevé 12 sur 50, soit 24 %.

Comment entretenir un tel collapsus avec symphyse de base ?

De la même façon que dans un pneumothorax extra-pleural, c'est-à-dire en pressions positives et parfois même fortement positives (à + 20, + 30) et cela sans le moindre inconvénient.

Peut-on d'autre part prévenir l'apparition de ces symphyse de base, même réduites et non évolutives ?

Nous pensons qu'en grande partie la chose est possible en prenant les précautions suivantes :

1° en n'intervenant jamais sur une plèvre préalablement irritée ou (*a fortiori*) tuberculisée ;

2° en soignant l'hémostase de la zone décollée dans le plan extra-pleural, avant l'ouverture de la plèvre ;

3° en ponctionnant précocément et souvent l'épanchement post-opératoire ;

4° en associant systématiquement aux ponctions évacuatrices des lavages pleuraux.

Nous avons appliqué cette méthode à nos derniers opérés et nous avons obtenu des collapsus parfaits, remarquablement souples, sans la moindre symphyse de base.

Pour terminer cette étude des complications de l'opération de Sebestyen, nous dirons, comme P. SIFFLET le fait très justement remarquer, que les complications de cette intervention sont à peu près les mêmes que celles du pneumothorax extra-pleural, mais qu'elles sont beaucoup moins fréquentes.

Nous résumons dans le tableau ci-après l'ensemble des complications que nous avons observées au cours de nos 50 interventions.

Complications

- œdème aigu : 1	
- emphysème sous-cutané : 1	
- perforation : 3	
- inertie cavitaires : 10	{ transitaires ; 3 définitives ; 7
	{ séro-hématique : 45 post-opératoire transitoire
- épanchements : 50	{ - séro-fibrineux : 1 - puriforme aseptique : 1 - purulent à germes banaux : 1 - purulent à B. K. : 2
- symphyses : 25	{ précoces du sommet : 12 tardives de base : 13
	{ libérées : 12 non libérées : 0 non évolutives : 12 évolutives : 1

RÉSULTATS

Examinons maintenant l'ensemble des résultats obtenus chez les 50 malades dont nous avons fait une présentation individuelle, qui nous a paru nécessaire en raison de la diversité de leur histoire clinique.

40 malades sur 50, donc 80 %, ont été suivis après l'acte opératoire pendant un minimum de huit mois ; 14 d'entre eux l'ont été pendant plus de dix huit mois.

Parmi les 10 malades suivis pendant moins de huit mois, nous enregistrons 7 échecs sur un total de 11.

Nous classerons les résultats obtenus en trois groupes :

1° Excellents — 2° Bons — 3° Mauvais, selon les critères suivants :

1° Nous considérons comme *excellents* les résultats caractérisés par :

a) une disparition totale des B. K. dans l'expectoration et dans le liquide gastrique à des examens répétés ;

b) une disparition complète des images cavitaires après contrôles radiographiques simple et tomographique ;

c) l'obtention d'un collapsus vaste (sans symphyse de base) et souple.

2° Nous considérons comme *bons* les résultats caractérisés par :

a) une efficacité certaine, contrôlée bactériologiquement et radiologiquement ;

b) un collapsus réduit en raison d'une symphyse de base notable ou par un collapsus manquant de souplesse à la suite d'épanchements prolongés (purulents ou séro-fibrineux).

3° Tout collapsus n'ayant pas fait, au bout de quatre mois, la preuve bactériologique et radiologique de son efficacité peut être considéré comme un échec, ainsi évidemment que tout accident mortel post-opératoire (nous n'en avons heureusement qu'un seul à déplorer).

	Nombre de malades opérés	RÉSULTATS		
		Excellents	Bons	Mauvais
C. D. P.	16	8	3	5
Bon-Accueil.	15	8	3	4
Bellevue.	19	11	6	2
<i>Total.</i>	50	27	12	11

Sur 50 interventions, nous comptons par conséquent 39 collapsus efficaces, c'est-à-dire 78 % de bons résultats et 22 % d'échecs.

Précisons encore que sur 39 collapsus efficaces, 36 ont été contrôlés pendant plus de huit mois. Signalons que nous avons observé une rechute « in situ » sous un collapsus efficace depuis quatre ans et une efficacité tardive (au bout de dix-huit mois !).

Abordons maintenant l'examen des 11 échecs que nous avons enregistrés. Ils se répartissent de la façon suivante :

- 7 *inerties cavitaires* (observations nos 1, 15, 32, 34, 36, 39 et 49).
- 3 *symphyse en masse* (observations nos 9, 41 et 46).
- 1 *décès post-opératoire* (observation n° 7).

Cet échec est dû vraisemblablement à un accident embolique en rapport avec une thrombose cardiaque, vérifiée après examen nécropsique.

Les échecs par inertie cavitaire représentent près des 2/3 de nos mauvais résultats.

Dans un cas (observation n° 1) l'intervention a été réalisée quatre ans après l'institution du pneumothorax, alors qu'une sclérose pulmonaire importante était déjà installée.

Dans trois cas (observations nos 15, 36 et 49) on note l'existence d'une pleurésie antérieure à l'intervention ; chez le malade n° 15, il s'agissait en outre d'une forme fibreuse et d'une ulcération du volume d'une mandarine. Chez le malade n° 39, un examen bronchoscopique a mis en évidence une plicature et un œdème bronchique ; les traitements mis en train n'ont pas eu le temps d'agir, car le malade décède quelques jours plus tard d'accidents encéphalo-méningés.

Enfin, chez les malades nos 32 et 34, il n'y avait pas d'antécédents pleuraux, pas de sclérose pulmonaire. Les traitements bronchodilatateurs, antibioti-

ques et la cure déclive ayant échoué, on peut supposer qu'une atteinte bronchique organique était en cours ; un examen bronchoscopique n'a pu être pratiqué.

Quant aux trois *symphyses en masse* que nous avons observées, deux sont consécutives à la *voie d'accès axillaire* (observations nos 9 et 4), qui ne permet pas de pratiquer une résection nette de la collerette et des lambeaux pleuraux. La troisième (observation n° 46) correspond peut-être à ces fameuses symphyses de base évolutives dont parlent DREYFUS - LE FOYER et MAGNIN.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

L'OPERATION DE SEBESTYEN ET LA SECTION DE BRIDE A CIEL OUVERT

Avec des indications à peu près analogues, les auteurs suédois HULTEN et HEDVALL d'une part, BRUCE et CRAFOORD d'autre part, préconisent des *sections de brides à ciel ouvert*.

HULTEN et HEDVALL étudient en 1949 les résultats de 93 observations, pour lesquels ils auraient obtenus 70 % de bons résultats et 18 % de décès post-opératoires pour les 30 dernières interventions.

Mais leur étude ne précise pas la nature et l'étendue des systèmes adhérentiels.

Les délais d'observations, d'autre part, ne sont pas précisés et les résultats tardifs ne sont pas étudiés.

Le travail de BRUCE et CRAFOORD, par contre, est beaucoup plus détaillé. Ces auteurs étudient, en 1952, les résultats de 40 interventions comprenant :

— 8 cas d'adhérences cordoniformes ayant donné 6 bons résultats, soit 75 % ;

— 32 cas d'adhérences symphysaires, avec 22 fermetures cavitaires, dont 15 avec capacité respiratoire très réduite — donc 9 bons résultats, soit 28 % !

L'étude de leur statistique les conduit fort logiquement à réserver finalement l'indication de la pleurolyse à ciel ouvert aux simples adhérences cordoni-formes.

Quant aux adhérences symphysaires, ils préfèrent, en raison du risque opératoire et des complications de la pneumolyse à ciel ouvert (empyème tuberculeux en particulier), les traiter par thoracoplastie.

C'est dans ce cas précisément que nous préférons au contraire une *opération de Sebestyen* qui, à moindre frais et sans le risque de reprise évolutive pendant la période de réexpansion pulmonaire, nous donne de bons résultats dans plus de 75 % des cas.

Mais si nous attribuons à l'*opération de Sebestyen* une place importante dans le traitement des pneumothorax incomplets et inefficaces, nous le faisons qu'après avoir épuisé les ressources raisonnables des méthodes endoscopiques d'une part, après avoir envisagé les possibilités des autres méthodes complémentaires ou substitutives d'autre part.

Nous pensons en effet qu'une symphyse apicale trop étendue et *a fortiori* un pneumothorax contro-électif est justiciable d'une intervention de substitution :

— *Thoracoplastie* s'il s'agit d'une lésion du sommet.

— *Pneumothorax extra-pleural* s'il s'agit d'une lésion trop bas, située.

Enfin, en présence d'une volumineuse ulcération corticale du sommet, nous pensons que l'on doit de plus en plus s'orienter vers une exérèse, en

raison du risque majeur de perforation inhérent à tout collapsus chirurgical de complément ou de substitution.

Quant à la pneumolyse à ciel ouvert, elle doit être réservée, à notre avis, aux adhérences cordoniformes insécables, sans danger, par l'opération de Jacoboeus.

Ainsi conçue, l'opération de Sebestyen ne nous semble pas être une intervention d'indication relativement rare, voire même exceptionnelle (comme l'affirment MAGNIN, BONNIOT, PICARD-LEROY et DREYFUS-LE FOYER), mais au contraire une intervention d'indication relativement fréquente et qui donne des résultats d'autant meilleurs que les indications, la technique chirurgicale et les soins post-opératoires se rapprochent davantage des conditions que nous venons d'exposer.



BIBLIOGRAPHIE

1. — BONNIOT et FOIX. — « Désinsertion d'adhérences par le procédé de Sebestyen ». *Revue de la Tuberculose*, 10 juin 1939, pp. 953-958.
2. — BOURGEOIS Pierre, CHEVRET, THOMENT, ROLLIN. — « Technique et résultats des pneumothorax mixtes ». Société Française de la Tuberculose (séance du 9 décembre 1950). *Revue de la Tuberculose*, 1950, p. 1214.
3. — BRUCE T. et CRAFOORD C. — « Open pneumolysis its value and limitation ». *The Journal of thoracic surgery*, février 1952, vol. 23, n° 2.
4. — CHENEBAULT J. — « Les pneumolyses chirurgicales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». *Thèse*, Paris, 1939.
5. — DREYFUS - LE FOYER et DELBECK. — « Les pneumolyses exo-endopleurales ». Société Française de la Tuberculose (séance du 28 mars 1942).
6. — DREYFUS - LE FOYER et VALLADE. — « Le pneumothorax extra-pleural de substitution ». *Le Poumon* (mai-juin 1947).
7. — GARCIA y BENFOCHEA. — « Le pneumothorax extra-pleural ». *Thèse*, Paris, 1939.
8. — GOASGUEN Pierre. — « Contribution à l'étude du pneumothorax extra-pleural ». *Thèse*, Montpellier, n° 98, 20 juillet 1942.
9. — HOUNEAU J. — « Les larges symphyses du sommet, leur traitement par les pneumothorax intra et extra-pleuraux communicants ». *Thèse*, Bordeaux, 1946, n° 137.
10. — HULTEN O. et HEDVALL. — « La pneumolyse à ciel ouvert dans les pneumothorax inefficaces ». *Le Poumon* (mai 1949, pp. 171-176).
11. — W. JULLIEN, F. ECOT et Marguerite LANGLADE. — « Un cas d'opération de Sebestyen élargie ». (Société d'études scientifiques de la Tuberculose, zone libre, 27 juin 1942, pp. 307-313).

12. — KINDBERG et BANGALTER. — « Quelques cas de traitement chirurgical des adhérences du pneumothorax artificiel ». *Toulouse médical*, octobre 1942, p. 824.
 13. — LOUBEYRE, CURTILLET et CONSTANT. — « Le pneumothorax mixte ». Société d'études scientifiques sur la Tuberculose. Réunion de Lyon, 24 octobre 1942, p. 374.
 14. — MAGNIN. — « La prévision des réactions pleurales et le choix des interventions chirurgicales complémentaires du pneumothorax intra-pleural partiel ». *Revue de la Tuberculose*, 1950, p. 987.
 15. — Olivier MONOD et CORD. — « Un cas de pneumothorax mixte ». *Revue de la Tuberculose*, 1939, p. 78-85.
 16. — E. MOURGUE-MOLINES et J. VIDAL. — « De l'utilité de la pleuroscopie au cours de la création d'un pneumothorax mixte ». *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943, p. 573.
 17. — PICARD-LEROY. — « Les interventions chirurgicales complémentaires du pneumothorax intra-pleural. *La Semaine médicale*, 18 septembre 1952.
 18. — RIESSER Edgard. — « A propos des procédés de désinsertion d'adhérences par l'opération de Sebestyen ». *Thèse*, Strasbourg, 1942, n° 30.
 19. — RAZEMON et RAOULT. — « Opération de Sebestyen élargie dans 11 cas de pneumothorax inefficaces ». *Soc. méd. du Nord*, 27 février 1942.
 20. — SIFFLET. — « Section de brides et pneumolyse extra-pleurale ». *Le Poumon*, 33, mai-juin 1947.
 21. — SIFFLET, GAUTREAU et CHEVEREAU. — « Les interventions complémentaires du pneumothorax intra-pleural ». *Le Poumon*, 3, 3 mai-juin 1950.
 22. — J. SEBESTYEN. — « L'apicolyse extra-pleurale au service du traitement par pneumothorax artificiel ». *Revue de la Tuberculose*, 1933, p. 135.
 23. — TUFFIE. — « Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire ». *Monographie clinique*, 1910, n° 59.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Matériel d'étude.	9
CHAPITRE II. — Indications.	63
CHAPITRE III. — Soins pré-opératoires.	69
CHAPITRE IV. — Technique, chirurgicale.	71
CHAPITRE V. — Soins post-opératoires.	75
CHAPITRE VI. — Complications.	77
CHAPITRE VII. — Résultats.	85
CHAPITRE VIII. — Conclusions.	89
BIBLIOGRAPHIE.	93

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Étude critique de l'Opération de Sebestyen

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 17 octobre 1953

Le Professeur,

VIDAL.

Vu :

Montpellier, le 27 octobre 1953

Pour le Doyen :

Le Professeur délégué,

PUECH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 29 octobre 1953

Le Recteur

GUILLON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

